

DATENQUALITÄT

Krebsregister

www.mediaserver.hamburg.de / Andreas Vallbracht

ÜBERSICHT

1. Die „neue“ klinische Krebsregistrierung
2. Der Datensatz
3. Finanzielle Implikationen
4. Prüfung der Datenqualität

DIE „NEUE“ KLINISCHE KREBSREGISTIERUNG



Ziel 8 - Aussagekräftige Qualitätsberichterstattung durch klinische Krebsregister

Es existiert eine aussagekräftige onkologische Qualitätsberichterstattung für Leistungserbringer, Entscheidungsträger und Patienten:

- Flächendeckender Ausbau der klinischen Krebsregister zur Erfassung der Qualität der Versorgung aller Krebskranken
- Stärkung der Vernetzung regionaler klinischer Krebsregister
- Stärkere Vernetzung von klinischen und epidemiologischen Krebsregistern
- Einbindung in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V
- Rückmeldung der Daten an alle beteiligten Leistungserbringer in Form einer strukturierten, kritischen Ergebnisbewertung
- Transparente Darstellung der Versorgungsergebnisse für Kliniken, Ärztinnen und Ärzte, Betroffene und Öffentlichkeit
- Einheitliche Datensätze für die Tumordokumentation

DOWNLOADS

- ⚡ Ziel 8: Aussagekräftige Qualitätsberichterstattung durch klinische Krebsregister
PDF-Datei (PDF) 204 KB
- ⚡ Gutachten: Kosten-Nutzen-Abschätzung für flächendeckende klinische Krebsregister
PDF-Datei (PDF) 2 MB

MEHR ZUM THEMA

- Ziel 1 - Inanspruchnahme Krebsfrüherkennung
- Ziel 2 - Organisatorische Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennungsprogramme
- Ziel 2a - Weiterentwicklung der Gebärmutterhals-Krebsfrüherkennung
- Ziel 2b - Weiterentwicklung der Darmkrebsfrüherkennung

Nationaler Krebsplan
Ziel 8
Stand 4. 11.2009

DIE „NEUE“ KLINISCHE KREBSREGISTRIERUNG

§ 65c SGB V

(Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz, KFRG)
verpflichtet alle Bundesländer zur Verbesserung der
Qualität der onkologischen Versorgung klinische
Krebsregister einzurichten.

Die näheren Bestimmungen
(insb. Meldeart, Datenschutz, Organisation)
sind im Landesrecht zu regeln.

DER DATENSATZ

ABSICHTSERKLÄRUNG ZUR TUMORDOKUMENTATION



Absichtserklärung zur Tumordokumentation

10. Januar 2013

Die Erklärenden bekunden gemeinsam ihren Willen, ... die **Vereinfachung und Vereinheitlichung der onkologischen Dokumentationsanforderungen voran zu treiben** und die in ihrem jeweiligen Zuständigkeits- oder Regelungsbereich fallenden **Möglichkeiten zur Reduzierung der Dokumentationsaufwände zu nutzen**.

➔ **AG Datensparsame Einheitliche Tumordokumentation**

Bisherige Ergebnisse der Beratungen der AG DET

- ◆ **Aktualisierter einheitlicher onkologischer Basisdatensatz**
der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID)
(Bekanntmachung im Bundesanzeiger vom 11. April 2014)
- ◆ **Module zur Dokumentation des Brust-, Darmkrebses**
in Ergänzung des aktualisierten einheitlichen onkologischen Datensatzes
(Bekanntmachung im Bundesanzeiger 26.November 2015)
- ◆ **Modul zur Dokumentation des Prostatakrebses**
in Ergänzung des aktualisierten einheitlichen onkologischen Datensatzes
(Bekanntmachung im Bundesanzeiger vom 29. August 2017)

DIE STANDARDISIERUNG

Bundesministerium für Gesundheit

Bekanntmachung
Aktualisierter einheitlicher onkologischer Basisdatensatz
der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V. (ADT)
und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID)

Vom 27. März 2014

Das am 9. April 2013 in Kraft getretene Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) sieht die flächendeckende Einrichtung klinischer Krebsregister zur Verbesserung der Qualität der onkologischen Versorgung vor. Nach § 65c Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) hat die klinische Krebsregistrierung auf der Grundlage des bundesweit einheitlichen Datensatzes der ADT und GEKID zur Basisdokumentation für Tumorkranke zu erfolgen. Auch die durch den GKV-Spitzenverband am 20. Dezember 2013 beschlossenen Kriterien zur Förderung klinischer Krebsregister sehen diesen Datensatz für die Dokumentation durch die klinischen Krebsregister vor.

 Bundesanzeiger <small>Herausgegeben vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz www.bundesanzeiger.de</small>	Bekanntmachung <small>Veröffentlicht am Montag, 28. April 2014 BAnz AT 28.04.2014 B2 Seite 2 von 28</small>
Anlage	
<p>Einheitlicher onkologischer Basisdatensatz von Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V. (ADT) und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) Stand: 12. Februar 2014</p>	
<p>Inhaltsübersicht Meldebegründung Patienten Stammdaten Krankenversicherungsnummer Krankenkassennummer Defining Nachnamen</p>	

DIE TECHNISCHE VERPACKUNG

Krebsregistrierung nach §65c SGB V

Einheitlicher onkologischer Basisdatensatz ADT/GEKID

ADT/GEKID-Basisdatensatz	Stand 12.02.2014
Veröffentlichung im Bundesanzeiger (amtlicher Teil)	Stand 28.04.2014
Historie zur Aktualisierung	Stand 12.02.2014

Organspezifische Ergänzungsmodulare zum einheitlichen onkologischen Basisdatensatz ADT/GEKID

Modul kolorektales Karzinom	Veröffentlichung im Bundesanzeiger (amtlicher Teil)	Stand 28.10.2015
Modul Mammakarzinom	Veröffentlichung im Bundesanzeiger (amtlicher Teil)	Stand 28.10.2015
Modul Prostatakrebs	Veröffentlichung im Bundesanzeiger (amtlicher Teil)	Stand 29.08.2017

Aktuelle Versionen der Dateien zur ADT/GEKID-Schnittstelle

Inhalt	Schnittstellenversion	Dokumente	
ADT/GEKID-Basisdatensatz + Modul kolorektales Karzinom + Modul Mammakarzinom + Modul Prostatakrebs	Version 2.1.0 <i>Veröffentlichung am 13.2.2018</i> Spätestens am 1.7.2018 wird jedes der §65c-Register in der Lage sein, Meldungen in diesem Format entgegenzunehmen und zu verarbeiten.	XML-Schema V2.1.0 - Versionshistorie (pdf)	Stand 08.12.2017
		XML-Schema V2.1.0 (xsd)	Stand 08.12.2017
		Grafische Darstellung des XML-Schemas (pdf)	Stand 08.12.2017
		Vereinfachte Baumdarstellung des XML-Schemas (txt)	Stand 08.12.2017
		Erläuterungsdokument zum XML-Schema (pdf)	Stand 08.12.2017
		Unterschiede zur Version 2.0.0	Stand 08.12.2017
		Künftige Updates	Für spätere Versionen geplante Umstellungen (pdf)
Prüfkonzept für neue Merkmale (pdf)	Stand 31.01.2017		
Updateverfahren für ADT/GEKID-Basisdatensatz (pdf)	Stand 31.01.2017		
Updateverfahren für XML-Schema zum ADT/GEKID-Basisdatensatz (pdf)	Stand 31.01.2017		

DER INHALT

Dokumentation Er ist wichtig, hat zentrale Bedeutung für die Kommunikation, ist aber oft nur lästige Pflicht und bürokratische Bürde: der Arztbrief. Der Ausschuss „Strategien zur medizinischen Versorgung“ der Ärztekammer Hamburg hat aufgrund der Erfahrungen aus der Praxis die Anforderungen für das Schreiben eines Arztbriefs zusammengefasst.

Von Dr. Ulrich Kohn, Sven Christian Beutel, Klaus Schäfer, Dr. Bernhard van Treeck

Der optimale Arztbrief – *reduziert auf das Wesentliche*

Es ist unsinnig, dass der Arztbrief, in welcher Form auch immer übermittelt, die zentrale Bedeutung bei der Weiterleitung der wichtigsten Informationen zwischen Ärzten spielt. Ein guter Arztbrief dokumentiert Diagnostik und Behandlungsstrategie. Er dient zugleich der rechtlichen Absicherung des Arztes und sollte die in Klinik, Praxis oder Rehabilitationseinrichtung geleisteten Maßnahmen erklären. Im klinischen Alltag empfinden Ärzte das Schreiben des Arztbriefs oft als lästige Pflicht. Der Zeitdruck nimmt stetig zu und auch der Anspruch an die ärztliche Tätigkeit, der durch zunehmende Patientenrechte und steigende Erwartungen an Transparenz und Qualität verursacht wird.

Durch das E-Health-Gesetz, das am 1. Januar 2016 in Kraft getreten ist, liegt der Fokus der Beteiligten im Gesundheitswesen weiterhin besonders auf dem elektronischen Arztbrief. Dieser wird seit dem 1. Januar 2017 mit 55 Cent vergütet, wenn der Arztbrief mittels eines eArztausweises elektronisch signiert wird, zumindest im ambulanten Bereich. Alle Beteiligten erhoffen sich davon eine schnellere und trotzdem sichere Informationsübermittlung.

In den vergangenen Jahrzehnten haben sich in den medizinischen Fächern unterschiedliche Formen von Arztbriefen etabliert. Der Chirurg schreibt eher knapp und bündig, in den ersten Zeilen steht alles Wesentliche, in den letzten die zentralen Aspekte für die Zukunft, z. B. Therapieempfehlungen. Für den Internisten sind oft durch eine Vielzahl von Befunden mehr Worte nötig. Die sprechende Medizin des Psychotherapeuten verlangt bei der Berichterstattung im

Der grundsätzliche Gedankengang aber ist – unabhängig vom Fach – immer derselbe. Bei der Strukturierung des Arztbriefs helfen fünf Fragen, im Weiteren „Die fünf Ws“ genannt.

Fünf Fragen geben die Struktur vor

Um dem Leser des Arztbriefs die Möglichkeit zu geben, möglichst schnell die wichtigsten Informationen zu erfassen, sollten die wesentlichen Inhalte übersichtlich strukturiert gleich am Beginn genannt werden. Im Grunde müssen immer nur fünf Fragen beantwortet werden – „die fünf Ws“:

- 1. Wer** wurde behandelt?
Name des Patienten, Geburtsdatum und persönliche Angaben wie Adresse, Krankenversicherung
 - 2. Warum** wurde der Patient behandelt?
Problemstellung (anamnestische Daten, Ausgangsbefund, Diagnose, gegebenenfalls Differenzialdiagnosen, relevante Nebendiagnosen)
 - 3. Wie** wurde behandelt?
Diagnostik, Therapie, Medikation, Operation etc.
 - 4. Welches** Behandlungsergebnis wurde erzielt? Kurzer Abschlussbefund bzw. kurze Abschlussbeurteilung
 - 5. Was** wird für die Zukunft empfohlen?
Behandlungsempfehlung, Beurteilung des weiteren Prozesses
- Diese Informationen dürften in der Regel auf die erste Seite des



ADT/GEKID Basisdatensatz:

- 1. Wer ?**
(Name, Geburtsdatum, Adresse, Krankenversicherung)
- 2. Warum ?**
(Diagnose, bzw. Rezidivdiagnose; incl. Stadium)
- 3. Wie wurde behandelt?**
(Operation, Chemotherapie, Bestrahlung)
- 4. Welches Behandlungsergebnis?**

FINANZIELLE IMPLIKATIONEN

(MISCH)FINANZIERUNG DER KREBSREGISTRIERUNG

Grundinvestitionen: Deutsche Krebshilfe

Meldevergütungen: GKV

(„für jede landesrechtlich vorgesehene Meldung der zu übermittelnden klinischen Daten..., wenn die Daten vollständig gemeldet wurden)

Betriebskosten: GKV (90%) und Länder (10%)

(sog. Fallpauschalen; „einmalig für jede verarbeitete Meldung zur Krebsneuerkrankung“)

PKV übernimmt anteilig Meldevergütungen und Betriebskosten auf vertraglicher Basis

Beihilfe: bislang nur in Ausnahmefällen

QUALITÄTSBEZOGENE FINANZIERUNG

- **(Re)Finanzierung der Meldungen
Ärzte/Krankenhäuser**
Bundes- und Landesgesetze
Meldevergütungsvereinbarung
- **Finanzierung der Krebsregister**
Förderkriterien der GKV
- Finanzierung der Leistungserbinger

FINANZIERUNG DER MELDUNGEN

Gesetzlich ist für jede landesrechtlich vorgesehene Meldung der zu übermittelnden klinischen Daten ... den Leistungserbringern vom jeweiligen klinischen Krebsregister eine Meldevergütung zu zahlen, **wenn die zu übermittelnden Daten vollständig gemeldet** wurden.

Die Höhe der einzelnen Meldevergütungen vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bis zum 31. Dezember 2013

FINANZIERUNG DER MELDUNGEN II

Demgegenüber haben sich die Spitzenverbände der Selbstverwaltung nicht auf die Höhe einigen können, (Schiedsspruch)

aber in der sog. „Krebsregister-Meldevergütung-Vereinbarung“ heißt es:

Für jede **nach Maßgabe dieser Vereinbarung vollständige Meldung** nach §65cAbs.6 Satz 1 SGBV wird den meldenden Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern vom klinischen Krebsregister eine Meldevergütung gezahlt.

*d.h. derzeit unklare Regelungen
bezüglich der Meldeanlässe, der Meldevollständigkeit*

FINANZIERUNG DER KREBSREGISTER

Festlegungen sog. Förderkriterien durch Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder benannten Vertretern.

Bei der Erarbeitung waren zu beteiligen:

1. die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen,
2. die Deutsche Krankenhausgesellschaft,
3. den Gemeinsamen Bundesausschuss,
4. die Deutsche Krebsgesellschaft,
5. die Deutsche Krebshilfe,
6. die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren,
7. die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland,
8. die Bundesärztekammer,
9. die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
10. die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen.

Zusätzlich:

der Verband der Privaten Krankenversicherung

Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften

FÖRDERKRITERIEN

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)

QUALITÄT: VOLLZÄHLIGKEIT DER REGISTRIERUNG

FÖRDERKRITERIEN: VOLLZÄHLIGKEIT

Kriterium 2.01: Vollzähligkeit der Registrierungen von Personen mit Erkrankungen gemäß §65c Absatz 1 SGB V

FK-ID	2.01
Definition	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.
Anmerkungen/Erläuterungen	Grundlage für diese Schätzung bildet das Verfahren, wie es vom Zentrum für Krebsregisterdaten des Robert Koch Institutes vorgenommen wird. Der definierte Zielwert von $\geq 90\%$ entspricht einem Durchschnittswert über alle im Krebsregister gemäß §65c Absatz 1 SGB V erfassten Entitäten, für die eine Vollzähligkeitsschätzung vorliegt.
Hinweise für die Umsetzung	Voraussetzung für die Erfüllung des Förderkriteriums ist die Einbeziehung aller Patienten, d.h. auch der Nicht-GKV-Versicherten und die Gewährleistung eines register- und länderübergreifenden Datenaustauschs.

FÖRDERKRITERIEN: INDIREKTE VOLLZÄHLIGKEIT

Kriterium 2.03: DCN-Rate

FK-ID	2.03
Definition	Das wohnortbezogene klinische Krebsregister kann eine DCN-Rate von $>0,5\%$ und $\leq 20\%$ über alle Krebsarten nachweisen.
Anmerkungen/Erläuterungen	DCN (death certificate notified): Index für Vollzähligkeit und Datenqualität. Definition des Anteils der Krebsfälle, die im Krebsregister durch Auswertungen von Todesbescheinigung bekannt werden. Sie müssen nachrecherchiert werden (Trace Back), um die daraus entstehenden DCO-Raten möglichst gering zu halten. Die DCN-Rate ist auszuweisen, um darzustellen, in welchem Ausmaß neben den originären Meldungen auch Informationen aus einem Abgleich mit Todesbescheinigungen in den Bestand einfließen. Die DCN-Rate muss für jede Entität ausweisbar sein.

Kriterium 2.04: DCO-Rate

FK-ID	2.04
Definition	Das wohnortbezogene klinische Krebsregister kann eine DCO-Rate von $\leq 10\%$ über alle Krebsarten nachweisen.
Anmerkungen/Erläuterungen	DCO (death certificate only): Definition der Anzahl der Krebsfälle für die lediglich Informationen aus Todesbescheinigungen vorliegen. Die DCO-Rate muss für jede Entität vorliegen und ausweisbar sein. Es ist nicht erforderlich, dass das klinische Krebsregister diese Daten selbst erhebt.

QUALITÄT: VOLLSTÄNDIGKEIT

2.05 VOLLSTÄNDIGKEIT DER REGISTRIERUNG

	Zielwert:
Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse:	$\geq 95\%$
Angaben zum Versicherungsträger:	$\geq 95\%$
Meldende Institution:	$\geq 95\%$
Tumordiagnose (ICD-10):	$\geq 95\%$
Hauptlokalisation (ICD-O):	$\geq 95\%$
Unspezifischem Tumorsitz (PSU) (C26.0, C26.9, C39.0, C39.9, C76 und C80):	$< 5\%$
Diagnosedatum:	$\geq 95\%$
Histologische Sicherung (HV):	$> 85\%$
Tumorhistologie (ICD-O):	$\geq 95\%$
TNM-Klassifikation:	$\geq 80\%$
Grading:	$\geq 80\%$
Angabe der Residualklassifikation:	$\geq 95\%$

GÜLTIGE MELDUNGEN ZU C18-C19 KOLON

MELDUNGSTYP	Mindestangaben im HKR	C18, 19 Kolon						Gesamt [N]
		gültige Meldungen						
		zulässig [N]	K. A. [N]	X/U [N]	zulässig [%]	K. A. [%]	X/U [%]	
Diagnosemeldung	TNM T	756	126	37	82	14	4	919
Diagnosemeldung	TNM N	711	160	48	77	17	5	919
Diagnosemeldung	TNM M	639	219	61	70	24	7	919
Diagnosemeldung	TNM Datum	427	492		46	54		919
Diagnosemeldung	HV	1058	0		100	0		1058
Diagnosemeldung	Histologie	1058	0		100	0		1058
Diagnosemeldung	Grading	777	141	0	85	15	0	918
Therapie - OP	OP Datum	630	0		100	0		630
Therapie - OP	OPS-Schlüssel	630	0		100	0		630
Therapie - OP	OP Intention	481	149		76	24		630
Therapie - OP	OP ResidualklassLokal	472	137	21	75	22	3	630
Therapie - OP	OP TNM pT	60	568	1	10	90	0	630
Therapie - OP	OP TNM pN	61	568	0	10	90	0	630
Therapie - OP	OP TNM pM	13	569	6	2	90	1	630
Therapie - System.	SY Datum Beginn	222	0		100	0		222
Therapie - System.	SY Intention	209	23		90	10		232
Therapie - System.	SY Art der Therapie	232	0		100	0		232
Therapie - System.	SY Protokoll/Substanz	228	4		98	2		232
Therapie - System.	SY Datum Ende	43	1		98	2		44
Therapie - System.	SY Ende Grund	29	5	10	66	11	23	44
Therapie - System.	SY Ende Grund m. Enddatum	28	5	10	64	11	23	44
Therapie - System.	SY Ende Grund o. Enddatum	1	5	0	2	11	0	44
TM ST	ST Datum Beginn	8	0		100	0		8
TM ST	ST Zielgebiet	8	0		100	0		8
TM ST	ST Intention	8	0		100	0		8
TM ST	ST Applikationsart (Beginn)	8	0	0	100	0	0	8
TM ST	ST Applikationsart (Ende)	8	0	0	100	0	0	8
TM ST	ST Datum Ende	8	0		100	0		8
TM ST	ST Gesamtdosis bei Ende der Therapie	5	3		63	38		8
TM ST	ST Ende-Grund bei Ende der Therapie	6	1	1	75	13	13	8

GÜLTIGE MELDUNGEN ZU C18-C19 KOLON

MELDUNGSTYP	Mindestangaben im HKR	C18, 19 Kolon						Gesamt [N]
		gültige Meldungen						
		zulässig [N]	K. A. [N]	X/U [N] [%]	zulässig K. A. [%]	X/U [%]		
Diagnosemeldung	TNM T	756	126	37	82	14	4	919
Diagnosemeldung	TNM N	711	160	48	77	17	5	919
Diagnosemeldung	TNM M	639	219	61	70	24	7	919
Diagnosemeldung	TNM Datum	427	492		46	54		919
Diagnosemeldung	HV	1058	0		100	0		1058
Diagnosemeldung	Histologie	1058	0		100	0		1058
Diagnosemeldung	Grading	777	141	0	85	15	0	918
Therapie - OP	OP Datum	630	0		100	0		630
Therapie - OP	OPS-Schlüssel	630	0		100	0		630
Therapie - OP	OP Intention	481	149		76	24		630
Therapie - OP	OP ResidualklassLokal	541	68	21	86	11	3	630
Therapie - OP	OP TNM pT	429	199		68	32	0	630
Therapie - OP	OP TNM pN	413	216	0	66	34	0	630
Therapie - OP	OP TNM pM	93	489		15	75	1	630
Therapie - System.	SY Datum Beginn	222	0		100	0		222
Therapie - System.	SY Intention	209	23		90	10		232
Therapie - System.	SY Art der Therapie	232	0		100	0		232
Therapie - System.	SY Protokoll/Substanz	228	4		98	2		232
Therapie - System.	SY Datum Ende	43	1		98	2		44
Therapie - System.	SY Ende Grund	29	5	10	66	11	23	44
Therapie - System.	SY Ende Grund m. Enddatum	28	5	10	64	11	23	44
Therapie - System.	SY Ende Grund o. Enddatum	1	5	0	2	11	0	44
TM ST	ST Datum Beginn	8	0		100	0		8
TM ST	ST Zielgebiet	8	0		100	0		8
TM ST	ST Intention	8	0		100	0		8
TM ST	ST Applikationsart (Beginn)	8	0	0	100	0	0	8
TM ST	ST Applikationsart (Ende)	8	0	0	100	0	0	8
TM ST	ST Datum Ende	8	0		100	0		8
TM ST	ST Gesamtdosis bei Ende der Therapie	5	3		63	38		8
TM ST	ST Ende-Grund bei Ende der Therapie	6	1	1	75	13	13	8

Ergänzung der Angaben aus
zuordnungsfähigen
Pathologiemeldungen

PRÜFUNG DER KRITERIEN ZUR FINANZIELLEN FÖRDERUNG AB ENDE 2017

Erfolgt durch die Landesverbände der Krankenkassen

„Gemeinsam und einheitliche mit Wirkung für die Mitgliedschaften“

EINIGE SPEZIELLE FRAGEN:

Wie erfolgt die Prüfung der Datenqualitätskennwerte und die Rückmeldung an die Register?

Jährlich durch die Landesverbände aufgrund einer Matirx der Plattform der 65c Register, die im wesentlichen von der GKV übernommen wurde

Können Mängel in der Datenqualität durch Korrekturschleifen behoben werden?

*Grundsätzlich nicht, da es sich um eine repetitive Prüfung handelt;
ggf. informell im Vorfeld der eigentlichen Prüfung*

Wird durch ein Feedback an die Register eine kontinuierliche Verbesserung angestrebt?

Falls ja, wie ist das Vorgehen? Wie wird der Erfolg kontrolliert?

Soll die qualitätsbezogene Finanzierung in den kommenden Jahren weiterentwickelt werden?

Grundsätzlich sind die Förderkriterien einmalig, aufgrund es großen Teilnehmerkreises und teilweise der Übernahme von internationalen Regeln gehe ich nicht von einer kontinuierlichen Weiterentwicklung aus.

Weitere Fragen / Hinweise?

DANK FÜR IHR INTERESSE