



Deutsche Uro-Onkologen
Interessenverband zur Qualitätssicherung
in der Uro-Onkologie in Deutschland e.V.

c/o SMG Forschungsgesellschaft mbH
Claire-Waldoff-Str. 3
10117 Berlin

Telefon +49 30 28 44 50-05

Telefax +49 30 28 44 50-09

Mail info@smgf.de

Häufig gestellte Fragen zum Tumordokumentations-System

FRAGEN ZUR EINRICHTUNG

Ich habe meine Zugangsdaten nicht erhalten.

Bitte wenden Sie sich an die Geschäftsstelle unter Tel. 030 2844 5005.

Ich habe nur eine E-Mail mit einem Link zum System erhalten, aber keine Zugangsdaten.

Sofern Sie als dokumentierende Person für Ihre Praxis bereits für ein anderes Studienprojekt Zugangsdaten von der ALCEDIS-GmbH erhalten haben, können Sie diese Zugangsdaten auch für das d-uo Tumordokumentations-System verwenden. Im Zweifel „Passwort vergessen“ klicken bzw. an die Geschäftsstelle wenden unter Tel. 030 2844 5005.

Wozu muss ich mir eine PIN auf mein Mobiltelefon oder Fax schicken lassen?

Die Zweiwege-Authentifizierung bei der Einrichtung der Zugänge zur Tumordokumentations-Plattform dient der Datensicherheit. So wird sichergestellt, dass nur die vertraglich als Dokumentare benannten Personen Zugriff auf die sensiblen Patientendaten erhalten.

Wo finde ich einen Überblick über die Grundfunktionen des Systems?

Die grundlegenden Funktionen des Tumordokumentations-System finden Sie in der Kurzanleitung, die im Tumordokumentations-System unter „Hilfe“ verlinkt ist.

Was ist die Melder-ID bzw. elektronische Melder-ID?

Die Melder-ID ermöglicht eine eindeutige Identifizierung des Meldenden gegenüber dem Krebsregister. Sie ist daher Teil jeder Krebsregister-Meldung. Zur Nutzung der elektronischen Meldung (z.B. über das Tumordokumentations-System) benötigen Sie daher eine zusätzliche elektronische Melder-ID, auch „Schnittstellenmelder-ID“ genannt. Diese erhalten Sie von Ihrem Krebsregister. Im Tumordokumentations-System ist die erteilte Melder-ID an zwei Stellen zu hinterlegen:

1) **Krebsregister > Einstellungen > Organisation Melder ID:** Bei MVZ/Klinik hier die Organisations-ID eintragen, sonst Melde-ID eines [beliebigen] Arztes der Praxis. Manche Krebsreister vergeben pro (Gemeinschafts)Praxis eine „Absender-ID“, diese dann hier eintragen. Die hier eingetragene ID wird dem gesamten Meldungspaket, das ggf. mehrere Patienten und Ärzte enthält, vorangestellt.

2) **Vorlagen > KR-Melder:** Alle Ärzte, die in der Praxis melden, hier einmalig anlegen und erteilte Melder-IDs eintragen. So kann das Krebsregister gemeldete Patienten sowie den Vergütungsanspruch den korrekten Ärzten zuordnen.

Was ist das „Institutionskennzeichen“? So etwas habe ich nicht.

Das Institutionskennzeichen müssen Sie unter Vorlagen>KR-Melder nur dann angeben, wenn eines vorhanden ist. Dies ist nur bei MVZ oder Kliniken der Fall – Einzel- und Gemeinschaftspraxen benötigen kein Institutionskennzeichen.

FRAGEN ZUR DOKUMENTATION UND ZUR KREBSREGISTER-MELDUNG

Was bedeuten die verschiedenfarbigen Sternchen und Ausrufezeichen bei den Formularfeldern?

Die Farben der Statusmeldungen, Kennzeichnung von Pflichtfeldern, Fehlermeldungen sowie die Warnungen bei der Live-Prüfung sind in der gesamten Oberfläche konsistent:

- **Grün** Alle Daten sind vollständig und korrekt, bzw. wurde ein Formular noch nicht angelegt.
- **Gelb** Diese Angaben werden für den d-uo-Datensatz benötigt.
- **Orange** Diese Angaben sind für die Krebsregistermeldung erforderlich.
- **Rot** Ein Pflicht-Formular oder eine Pflicht-Angabe fehlt an dieser Stelle.

Welche Art Einverständnis muss ich vom Patienten einholen?

Für die Plattform sind zwei verschiedene Arten des Einverständnisses zu unterscheiden:

1. Einverständnis zur Teilnahme an der Registerstudie (Dokumentation für den d-uo-Basisdatensatz), und
2. Einverständnis zur Krebsregistermeldung.

zu 1.

Damit die Patientendaten anonymisiert für die d-uo-Registerstudie verwendet werden dürfen, wird das Einverständnis des Patienten schriftlich benötigt. Aufklärung und Einverständniserklärung finden Sie hier:

<https://d-uo.de/materialien>

Dokumentiert wird das Einverständnis hier:

Patientenübersicht>Stammdaten>Patientenaufklärung und Einverständnis

Ohne schriftliches Einverständnis kann das System dennoch zur Krebsregister-Meldung genutzt werden, hierfür sind lediglich die Felder mit roten und orangefarbenen Sternchen auszufüllen. Ausnahme Sachsen: In Sachsen ist eine Nutzung des Systems nur nach Vorlage des Einverständnisses vom Patienten erlaubt.

zu 2.

Für die Krebsregister-Meldung existiert eine Widerspruchslösung, d.h. es ist kein Einverständnis des Patienten nötig; der Patient kann der Meldung lediglich widersprechen. Auch bei Widerspruch ist die Krebsregister-Meldung einzureichen (gesetzlich verpflichtend), wird aber vom System entsprechend gekennzeichnet.

„Widerspruch“ oder „nicht widersprochen“ zur Krebsregistermeldung werden hier dokumentiert:

Patientenübersicht>Tumorerkrankungen>Krebsregister-Meldung>Meldebegründung

Entsprechende Aufklärungsbögen erhalten Sie von Ihrem regionalen Krebsregister.

Wie kann ich die Stammdaten der zu dokumentierenden Patienten schneller in das Tumordokumentations-System einpflegen als durch „Abtippen“ bzw. „Bearbeiten-Kopieren-Einfügen“?

Für die Systeme Medistar (*in Entwicklung*) und Quincy existieren Lösungen zum automatisierten Stammdatenimport in das Tumordokumentations-System. Dies ist insbesondere für Praxen interessant, welche eine hohe Zahl von Patienten gleichzeitig melden müssen oder einen Dokumentationsstau abarbeiten wollen. Wenden Sie sich dafür an die Geschäftsstelle unter 030 2844 5005.

Lösungen für weitere häufig verwendete Systeme (z.B. M1, Turbomed) sind gegenwärtig in Planung. Über deren Umsetzung werden wir Sie informieren.

Für vergleichsweise selten verwendete Systeme (Medical Office, Easymed, Medatixx, Medys, Duria, EL, XConcept, Datavital, Tomedo u.a.) wird es in absehbarer Zeit keine durch den Verband organisierte automatisierte Lösung geben. Bei Bedarf wenden Sie sich ggf. an Ihren IT-Dienstleister bzw. den Hersteller der Software, um Möglichkeiten für eine individuelle Umsetzung in Ihrer Praxis zu besprechen.

Welche Kassendaten soll ich bei Privatpatienten eintragen?

- Bei gesetzlich versicherten Patienten (GKV-Versicherte) sind immer sowohl die Krankenkassen-Nummer (=IK-Nummer) als auch die Versichertennummer des Patienten anzugeben.
- Bei Privatpatienten ist lediglich die Krankenkassen-Nummer (IK-Nummer) anzugeben und keine Versichertennummer:
 - Debeka = 106329225 (=IK-Nummer)
 - bei anderen Kassen auf der Chipkarte angegeben bzw. hier recherchierbar:
https://www.cida.de/fileadmin/user_upload/CIDA/Infothek/Downloads/IK_Liste_Krankenkassen.pdf
oder
https://www.medicomp.de/wp-content/uploads/2018/06/MIP-Kostentraegerliste_gesamt-1.pdf
oder
https://sviweb.dguv.de/dguvSviWeb/faces/SDLG_IkSuchen
- Besteht für den Patienten keine gesetzliche Krankenversicherungspflicht und ist keine private Krankenkasse bekannt, so ist anstelle der IK-Nummer in einigen Bundesländern ein Ersatzcode zu melden:
 - Selbstzahler: 970000011
 - Gefängnisinsasse: 970001001
 - Asylbewerber: 970100001
 - Privatversichert, Kasse unbekannt: 970000022
(Meldung wird ggf. nicht durch das Krebsregister vergütet)
 - keine Angabe zum Kostenträger: 970000099
(Meldung wird ggf. nicht durch das Krebsregister vergütet)

Hinweis: Derzeit (Stand Nov. 2018) ist unklar, ob die Meldungen von Privatpatienten überhaupt vergütet werden, gesetzlich sind sie dennoch vorgeschrieben. Manche Bundesländer verwenden die Ersatzcodes nicht, in dem Fall lassen Sie das IK-Feld leer.

Ich bin bei der TNM-Codierung unsicher. Wo kann ich nachschlagen?

Die wichtigsten Tools, um korrekt zu kodieren, sind derzeit:

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/>

Navigieren Sie hier zur Codesuche im „ICD-O 3 erste Revision“, im „ICD-10-GM 2018“ und im „OPS 2018“

Hinweis: Generell sollen TNM-Codes der Auflage 7 oder 8 verwendet werden.

Bei Erstmeldung bzw. Verlauf lässt sich der Meldebogen nicht abspeichern (Fehler „Bitte auf Plausibilität prüfen“), wenn vorher bei „Laborwerte vorhanden“ auf „Ja“ geklickt wurde, dann aber keine Laborwerte einzutragen waren. Was soll ich tun?

Das System erlaubt das Abwählen der Auswahl-Buttons „Ja“, „Nein“ und „Unbekannt“ immer durch einen erneuten Klick auf den Button. Klicken Sie also nicht „Nein“, um die Wahl zu korrigieren, sondern ein 2. Mal auf „Ja“ bei allen betroffenen Laborarten, die leer bleiben sollen, um die Punkte wieder abzuwählen. Sobald alle nicht benötigten Punkte abgewählt sind, schließt sich der Bereich wieder und der Meldebogen kann gespeichert werden.

Was bedeutet „ungültig“ bei Laborvorlagen?

Als ungültig werden im System Laborvorlagen gekennzeichnet, die fehlerhaft sind. Wenn sie lediglich ab einem bestimmten Datum nicht mehr verwendet werden sollen, weil z.B. ein Laborwert zu dem gewählten Profil neu hinzugekommen ist, legen Sie einfach eine neue Vorlage an. Hierzu können Sie die alte Vorlage „als neue Vorlage bearbeiten“ und sie ab dem Datum xx.xx.20xx gültig machen.

Warum ist der Katalog der Nebenwirkungen (NCI) auf Englisch?

Der NCI-Katalog liegt derzeit in keiner offiziellen deutschen Übersetzung vor. Wenn Sie bei der Verwendung oder Auswahl Unterstützung benötigen, wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle (Tel. 030 2844 5005).

Wo dokumentiere ich Laborwerte für Tumormarker?

- PSA,CEA, Ca 19-9, Ca 125: „Labor Tumormarker“
- β -HCG, LDH: „Labor Klinische Chemie“
- AFP: „Weitere Laborwerte“

Wie kann ich ICD/NCI/ICD-O-Kataloge für meine eigene Praxis anpassen, um oft verwendete Einträge schneller zu finden?

Eine individuelle Anpassung ist derzeit nicht möglich. Jedoch „lernt“ der Reiter *Am häufigsten verwendet* systemweit aus den Suchen aller Nutzer. Darum finden Sie mit hoher Wahrscheinlichkeit den gesuchten Eintrag sofort in diesem Karteireiter.

Bekomme ich eine Erinnerung, bestehende Patienten weiter zu dokumentieren?

Ja. Nach 90 Tagen gibt das System in der Patientenliste „Aktualisierung erforderlich“ aus, wenn der betroffene Patient in der Zwischenzeit keine Änderungen oder Neueintragungen erhalten hat.

Was soll ich selbst an das Krebsregister melden, was melden andere Institutionen?

Es gilt generell, dass Ärzte nur das melden sollen, was sie selbst gemacht haben. Das bedeutet beispielsweise, dass Sie nur dann eine Diagnosemeldung senden („Erstmeldung“), wenn sie auch der diagnostizierende Arzt waren, gleiches gilt für Operationen. Bundesweit existieren derzeit zwischen den Krebsregistern in vielen Einzelheiten noch keine einheitlichen Richtlinien, notfalls nehmen Sie bitte Kontakt zu Ihrem zuständigen Regionalregister auf.

Welche Meldeanlässe gibt es?

Es wird generell zwischen Erstmeldung und Folgemeldung unterschieden.

- Erstmeldung
 - Hier wird die Diagnose des vorliegenden Tumors zusammen mit den persönlichen Patienten-Daten (Anschrift, Krankenkassen-Nummer etc.) gemeldet.
- Folgemeldungen
 - OP-Meldung
i.d.R. nur selbst durchgeführte Operationen
 - Therapien
neue Chemotherapie, Hormonbehandlung, Strahlentherapie u.a.. Auch das Ende einer Therapie ist ein Meldegrund.
 - Verlauf/Nachsorge
Nachsorgen sind in bestimmten Fällen Meldeanlässe, z.B.
 - Leitliniengerechte Nachsorgeuntersuchung
Ergebnis Rezidivfreiheit, stabiler Krankheitsverlauf oder Progress.-> Meldung nötig (kann je nach Krebsart und KR/Bundesland variieren), Progress wohl in jedem Fall.
 - Metastase entdeckt
-> Meldung nötig
 - Ausnahme(n)
Es werden Blutbildkontrollen im Rahmen einer Chemotherapie gemacht, die zur Überwachung der Chemotherapie dienen. Diese Blutbildkontrollen im Rahmen einer Chemotherapie sind nicht meldepflichtig.
 - Abschluss/Tod/Lost to follow-up
Todesmeldung nur, wenn selbst diagnostiziert.

Was muss ich bei Meldungen zu Operationen beachten?

Für die Krebsregister sind nur die Operationen relevant, die

- a) tumorspezifisch sind, und
- b) von Ihnen selbst durchgeführt wurden.

Alle anderen Operationen können dennoch im System dokumentiert werden – sie fließen in den d-uo-Datensatz ein, nicht aber in die Krebsregistermeldung.

Stanzbiopsien (OPS 1) sind diagnostische Prozeduren. Auch sie können für den d-uo-Datensatz dokumentiert werden, fließen jedoch nicht in die Krebsregistermeldung ein, selbst wenn sie in der eigenen Praxis durchgeführt wurden. Die Krebsregister honorieren nur die krebspezifischen therapeutischen Prozeduren.

Wird eine **Nachresektion** einer Blasen-OP innerhalb von 8 Wochen nach der primären OP durchgeführt, so ist die Nachresektion nicht meldepflichtig. Wird die Nachresektion außerhalb von 8 Wochen nach der primären OP durchgeführt, so ist diese meldepflichtig. Einige Krebsregister bestehen allerdings auch auf Meldung von Nachresektionen <8 Wochen. Nachresektio-

nen werden im Tumordokumentations-System immer als neue OP angelegt. Geben Sie die 'Intention' immer mit „kurativ“ an, und 'Art des Eingriffs' = Nachresektion. Weil der histologische Befund hier i.d.R. gesundes Gewebe beurteilen wird, erfassen Sie ihn wie folgt: verwenden Sie die aktuelle Histologie-Nr., geben aber den Befund der ursprünglichen Histologie ein (Grund: beim histolog. Typ fordern die Krebsregister den ICD-O-Katalog, der kein gesundes Gewebe enthält), Residualstatus = R0 und Primärtherapie = nein.

Die Erstmeldung ist bereits durch Pathologen erfolgt. Was soll ich jetzt noch melden? Wer bekommt dann die Vergütung?

Pathologie-Meldungen dienen den meisten Krebsregistern der histologischen Sicherung der Diagnose und beschränken sich auf die Angaben aus dem Pathologie-Befund. Die diagnosestellende Einrichtung ist für die Diagnosemeldung an das Register zuständig. Diese Praxis kann, nach positiver Prüfung durch die Krankenkassen, die Vergütung erhalten. Hier ist es nicht von Belang, ob die Pathologie eine Pathologiemeldung bereits vergütet bekommen hat.

Grundsätzlich gilt, dass nur gemeldet werden soll, was in der eigenen Praxis oder Klinik in Bezug auf die gesetzlich vorgegeben Meldeanlässe durchgeführt wurde. Die Einzelheiten sind bei Unsicherheit ggf. mit dem regionalen KR abzustimmen. Auch die Vergütung kann von Bundesland zu Bundesland variieren. Bei einigen Krebsregistern wird die Vergütung geteilt, bei anderen gilt: Wer zuerst kommt, mahlt zuerst.

Hinweis: Die Krebsregister sind auch bzgl. dieser Fragestellungen z.T. noch in der Findungsphase.

Mein regionales Krebsregister möchte den Gleason-Score übermittelt haben.

Der Gleason-Score wird ab GEKID-Version 2.1 enthalten sein. Bereits jetzt wird er durch den d-uo-Datensatz erfasst, fließt aber derzeit noch nicht in die Krebsregistermeldung ein. Das Update auf GEKID-Version 2.1 wird voraussichtlich Anfang 2019 erfolgen.

Bei meinem Export für das Krebsregister werden Fehler angezeigt (rotes Kreuz oder gelbes/orangefarbenes Ausrufezeichen). Ich kann die Fehler aber nicht finden.

Folgende Möglichkeiten zur Fehlersuche haben sich bewährt:

1. Im Bereich „Krebsregister>KR-Meldungen“ den Krebsregister-Export öffnen (blauen Ordner links in der Spalte „Exportierte Patienten“ anklicken): Dort können pro Patient jeweils Fehler und Warn-Meldungen durchgeschaut werden (wiederum auf die entsprechenden blauen Ordner klicken).
2. Falls der Patient im Krebsregister-Export komplett fehlt: In der Patientenliste prüfen, ob dieser Patient ein orangefarbenes Ausrufezeichen hat, dann Fehler beheben - siehe Mgl. 3 oder 4.
3. eCRF-Statusreport erzeugen: In der Patientenliste „eCRF-Statusreport“ anklicken. Es öffnet sich eine Excel-Datei mit der Fehlerliste.
4. Ampelsystem nutzen: Verfolgen Sie die gelben und orangefarbenen Warnmeldungen in die unteren Ebenen nach und beheben Sie dort Fehler bzw. ergänzen fehlende Daten.

In der Übersicht für die Krebsregister-Exporte fehlt der Button „Hinzufügen“

Tragen Sie zunächst das Exportdatum für den vorherigen Export ein (ganz links in der Spalte weißes „Blatt mit Stift“ klicken), um den vorherigen Export zu finalisieren. Erst danach kann ein neuer Export erzeugt werden. Das verhindert doppelte bzw. inkonsistente Meldungen an die Krebsregister.

Welche Fehler sind bislang bei anderen Dokumentaren am häufigsten aufgetreten?

- Die Nummer der Krankenkasse (IK-Nummer) ist zwingend 9-stellig, sie beginnt i.d.R. mit 10. Falls Ihr Praxisverwaltungssystem nur eine 7-stellige Nummer ausgibt, fehlt meist die vorangestellte 10. Zum Abgleich: Die vollständige Nummer ist bei gesetzlich Versicherten immer auf der elektronischen Gesundheitskarte aufgedruckt.
- „Einverständnis des Patienten zur Speicherung der Daten im d-uo Tumordokumentations-System liegt vor?“ wurde in den Stammdaten nicht ausgefüllt. Ohne den Eintrag, dass das Einverständnis des Patienten vorliegt, werden die Daten nicht an den d-uo Registerdatensatz übermittelt und folglich auch nicht honoriert. Eine Übertragung an und Honorierung durch das Krebsregister ist für diese Patienten selbstverständlich möglich, da das Einverständnis zur Krebsregistrierung vom Einverständnis zur Teilnahme an der Registerstudie unabhängig ist.
- Die Angaben zum meldenden Arzt zum Krebsregister (Vorlagen > KR-Melder) dürfen keine Sonderzeichen enthalten (z.B. „&“).

Wie reiche ich die Meldung beim Krebsregister ein? Warum existiert keine Direktanbindung an das Tumordokumentations-System?

Die Übermittlung der XML-Datei mit den Daten zur Krebsregistrierung an die regionalen Register haben wir im Dokument

„Hinweise zum Einreichen der Krebsregistrierung als XML-Datei.pdf“ zusammengefasst. Es steht zum Download auf dieser Website bereit.

Eine bundesweite direkte Anbindung des Tumordokumentations-Systems an alle Krebsregister wird angestrebt. Sie ist momentan aus Gründen des Datenschutzes sowie aus landesrechtlichen, bürokratischen und (auf Seiten der Krebsregister) technischen Gründen derzeit jedoch noch nicht möglich.

Es werden erste Gespräche mit den Krebsregistern in Hamburg und Nordrhein-Westfalen geführt, um die Übertragung zu automatisieren.

Ich habe das alte IQUO-System QuaSi URO benutzt und darüber bereits Meldungen an das Krebsregister eingereicht. Kann ich daran mit dem neuen System anknüpfen?

Falls Sie die Datei „naming.quasi“ noch lokal auf Ihrem Rechner gespeichert haben, können die darin vorhandenen Patientenstammdaten in das neue System eingepflegt werden. Kontaktieren Sie hierzu die Geschäftsstelle (Tel. 303 2844 5005). Siehe dazu auch die nächste Frage.

Was erzeuge ich Folgemeldungen für bereits mit anderen Systemen gemeldete Fälle?

Geben Sie Stammdaten und Erstdiagnose in das Tumordokumentations-System ein und fahren Sie dann beim aktuellen Stand der Behandlung (Therapie/Verlauf) fort, um die korrekte Folgemeldung zu erzeugen. Die Eingabe des gesamten Verlaufs ist für den d-uo-Datensatz wünschenswert, für die Krebsregister-Meldung aber nicht zwingend nötig. Schreiben Sie in das Kommentarfeld des Tumors (Tumorübersicht > Ersterhebung) falls bekannt die Tumor-ID der Originalmeldung und ergänzen Sie diese mit „_1“, um den Krebsregistern die Zuordnung zu erleichtern.

SONSTIGE FRAGEN

Sind über die Plattform wie früher beim IQUO Studien geplant?

Ja, solche Studien sind geplant, Anfang 2019 wird mit der Durchführung der ersten Studien begonnen.

Gibt es bei Durchführung von Studien über die Plattform eine Extra-Vergütungen für die teilnehmenden Ärzte?

Ja, die Teilnahme an den Studien wird extra vergütet.