



Deutsche Uro-Onkologen 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

Stand: 25.10.2019

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 klicken Sie auf der Login-Seite „Passwort vergessen“ bzw. wenden sich an die Geschäftsstelle 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.

Ich habe keine PIN erhalten.

Klicken Sie beim initialen Anlegen Ihres Nutzerkontos auf „PIN anfordern“. Die PIN wird dann (erneut) auf das im Tumordokumentationsvertrag benannte Gerät (Mobiltelefon oder Faxgerät) gesendet.

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. Die Anleitung finden Sie auch auf der Vereins-Website www.d-uo.de unter „Downloads“.

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

Die Melder-ID ermöglicht eine eindeutige Identifizierung der meldenden Person gegenüber dem Krebsregister. Sie ist daher Teil jeder Krebsregister-Meldung. Zur Nutzung der elektronischen Meldung (z.B. über das Tumordokumentations-System) benötigen Sie eine zusätzliche elektronische Melder-ID, auch „Schnittstellenmelder-ID“ genannt, die Sie von Ihrem Krebsregister erhalten. 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 Krebsregister vergeben pro (Gemeinschafts)Praxis eine eigenständige „Absender-ID“, diese dann hier eintragen. Die hier eingetragene ID wird dem gesamten Meldungspaket, das ggf. mehrere Patienten und Ärzte enthält, vorangestellt. Das KR Sachsen-Anhalt möchte an dieser Stelle die Betriebsstätten-Nummer (BSNR).

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 an der Stelle nicht zwingend benötigtes 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 i.d.R. 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 und Quincy existieren Lösungen zum automatisierten Stammdatenimport in das Tumordokumentations-System. Dies ist insbesondere für Praxen interessant, die 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 ihre 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.

Der „Speichern“-Button lässt sich manchmal nicht anklicken. Woran liegt das?

Das System benötigt bei einigen Dateneingaben ca. ½ Sekunde für die Plausibilitätsprüfung, bevor der „Speichern“-Button zum Klicken freigegeben wird. Das verhindert, dass nicht plausible bzw. einander widersprechende Dokumentations-Daten in die Datenbank geschrieben werden. Die Verzögerung hängt zum Teil von der Leistung Ihres Rechners ab.

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://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 Juni 2019) ist unklar, ob die Meldungen von Privatpatienten überhaupt vergütet werden, gesetzlich sind sie dennoch vorgeschrieben. Manche Bundesländer verwen-

den die Ersatzcodes nicht, in dem Fall lassen Sie das IK-Feld leer. Im Zweifelsfall setzen Sie sich bitte mit Ihrem Krebsregister in Verbindung.

Ich bin bei der Codierung von TNM / ICD / Morphologie unsicher. Wo kann ich nachschlagen?

Die wichtigsten Arbeitsmittel, 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“

Hinweise:

- 1) Generell sollen TNM-Codes der **Auflage 7 oder 8** verwendet werden.
- 2) Das Präfix p soll nur verwendet werden, wenn ein Organ vollständig entfernt und pathologisch untersucht wurde. Bei einer Stanzbiopsie wäre somit z.B. cT1c zu melden, nicht pT1c.

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 einem bestimmten Datum 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“
- [PLAP (=Alkalische Plazenta-Phosphatase) wird demnächst implementiert]

Wie dokumentiere ich einen PSA-Wert „unterhalb der Nachweisbarkeitsgrenze“?

PSA-Werte, die vom Analysegerät als „unterhalb der Nachweisbarkeitsgrenze“ ausgegeben werden, sind medizinisch als Null anzusehen und mit „0“ zu dokumentieren.

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.

Wie erfasse ich das Mammakarzinom beim Mann und andere seltene Tumore?

Brustkrebs beim Mann ist eine Erkrankung, die mangels Alternativen auch von Urologen betreut wird. Die Erfassung solcher und anderer seltener Tumoren über das Tumordokumentations-System ist derzeit nicht vorgesehen, weil sich der Forschungsgegenstand der Registerstudie, auf der das System basiert, auf das urologische Kerngebiet (Prostata, Niere, Blase) beschränkt. Bitte melden Sie diese Tumore manuell an ihr Krebsregister, z.B. indem Sie den Patienten im Melderportal separat anlegen.

Wie dokumentiere ich mehrteilige Instillationstherapien beim Blasen-tumor?

1. Induktionstherapie: Als eigenständige Therapie anlegen (= eine Therapie)
2. Erhaltungstherapie: Legen Sie z.B. bei BCG pro Triplette eine eigenständige Therapie an. (= mehrere Therapien)

Wie dokumentiere ich den Karzinombefall einer Stanze bzw. mehrerer Stenzen?

Es gibt dazu drei Möglichkeiten, **deren Dokumentation von den Krebsregistern von Bundesland zu Bundesland derzeit verschieden gehandhabt wird** (im Zweifelsfall bitte dort nachfragen):

- 1) Legen Sie alle Stenzen aneinander und lesen Sie den Gesamt-Millimeterwert ab.
- 2) Geben Sie den Gesamtprozentwert aller Stenzen an. Wenn im Pathologiebericht ein Prozentwert pro Stanze angegeben ist, bilden Sie den Durchschnitt aller Stenzen (inkl. der nicht befallenen). Beispiel: Stanze 1 = 50%; Stanze 2 = 80%; Stanze 3 = 0%. => $\bar{\varnothing} = 43,33 \%$
- 3) Dokumentieren Sie nur die am stärksten befallene Stanze in mm oder Prozent.

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, bei Fragen 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 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. Nachresektionen werden im Tumordokumentations-System **immer als neue OP** angelegt. Geben Sie die 'Intention' 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 Gewebetyp 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 ist ab GEKID-Version 2.1 enthalten. Bitte verwenden Sie beim Export diese Version (wählbar direkt nach Anklicken des Buttons „Erstellen“ für den Export). Der Gleason-Score wurde von Anfang an durch den d-uo-Datensatz erfasst, war aber in der Spezifikation der früheren Export-Version GEKID 2.0 nicht enthalten.

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 Export zu finalisieren. Erst danach kann ein neuer Export erzeugt werden. Das verhindert doppelte bzw. inkonsistente Meldungen an die Krebsregister.

Was ist der Unterschied zwischen den Versionen 2.0 und 2.1.1 beim Erstellen des Krebsregister-Exports?

Die Daten für die Krebsregistermeldung werden in einer XML-Datei zusammengefasst, deren interne Struktur von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) von Zeit zu Zeit angepasst wird und damit eine neue Versionsnummer erhält. Das Tumordokumentations-System ist im Jahr 2018 mit der älteren ADT/GEKID-Exportversion 2.0 gestartet. Inzwischen ist auch die neuere Version 2.1.1 verfügbar. Sie enthält zusätzlich ein Prostatamodul, das u.a. den Gleason-Score angibt. Standardmäßig ist die Version 2.1.1 beim Erstellen des Exports vorgewählt. Die Version 2.0 sollte nur noch verwendet werden, wenn Ihr regionales Krebsregister darauf besteht, in dem Fall haben Sie von d-uo eine entsprechende Information erhalten. Andernfalls besnutzen Sie immer die Version 2.1.1.

Soll ich jeden Patienten einzeln melden?

Es empfiehlt sich – je nach Meldefrist Ihres Krebsregisters sowie der Zahl der neu diagnostizierten Tumorerkrankungen in Ihrer Praxis – neue Patienten und Folgedokumentationen eine Zeitlang zu sammeln und regelmäßig beispielsweise einmal pro Woche oder einmal pro Quartal Meldung zu machen. Bei Erstellung eines XML-Meldepakets werden alle Fälle, die neu angelegt wurden oder bei denen seit Erstellung der letzten Meldung meldepflichtige Ereignisse dokumentiert wurden, in einer einzigen XML-Datei zusammengefasst.

Bitte beachten Sie, dass Folgemeldungen nur korrekt erzeugt werden können, wenn die bereits im Krebsregister eingereichte und dort akzeptierte XML-Export-Datei korrekt abgeschlossen wurde.

Welche Probleme 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 Krebsregistermeldung 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. „&“).
- Die XML-Exportdatei wurde im Tumordokumentations-System als „abgeschlossen“ markiert (kann demnach nicht mehr geändert werden), obwohl das darin enthaltene Medepaket aus technischen oder inhaltlichen Gründen noch nicht oder nur unvollständig vom Krebsregister akzeptiert wurde. Bitte wenden Sie sich in dem Fall an die Geschäftsstelle.

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 Krebsregistermeldung an die regionalen Register haben wir im Dokument

„Hinweise zum Einreichen der Krebsregistermeldung als XML-Datei.pdf“

zusammengefasst. Es steht zum Download auf unserer Website bereit (www.d-uo.de), ebenso im Hilfebereich des Tumordokumentations-Systems.

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 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.

Wie 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 Folge-

meldung 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.

FRAGEN ZU STUDIEN, DIE AUF DEM TUMORDOKUMENTATIONS- SYSTEM BASIEREN

Sind über die Plattform wie früher beim IQUO Studien geplant?

Ja, solche Studien laufen bereits seit Anfang 2019. Geeignete Studienzentren der Vereinsmitglieder erhalten hierzu im Vorfeld entsprechende Anfragen zur Teilnahme.

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.