Strukturqualität

- Therapieerfahrung (Häufigkeit bestimmter Operationen)

Prozeßqualität

- Einhaltung von Therapiestandards
- Einhaltung von interdisziplinär beschlossenen Maßnahmen
- usw.

Ergebnisqualität

- Überlebenszeit
- tumorfreie Zeit
- Lebensqualität

Organzentren

Kap.	Anforderungen
10.1	Tumordokumentationssystem Es muss zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung eine Tumordokumentation bestehen, die für einen Zeitraum von mind. 3 Monaten die Patientendaten enthält Name des Tumordokumentationssystems im Zentrum oder des zuständigen Krebsregister
10.2	Darstellungszeitraum der Daten Die Daten sind für das jeweils letzte Kalenderjahr vollständig darzustellen.
10.3	Anforderungen an die Tumordokumentation: Es sollte ein Datensatz entsprechend des Basisdatensatzes der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) verwendet werden. Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Dateneingabe zeitnah erfolgt, nach Abschluss der Primärtherapie (Radiatio/Chth).
10.4	Zusammenarbeit mit Krebs-/Tumorregister • Die Daten sind kontinuierlich und vollständig an das Krebsregister zu übermitteln. • Die Anforderungen an Ergebnisqualität und Tumordokumentation sollten über das Krebs-/ Tumorregister abgedeckt sein. • Parallele Systeme sind zu vermeiden • Solange das zuständige klinische Krebsregister den gestellten Anforderungen nicht genügen kann, sind von dem Brustkrebszentrum ergänzende bzw. alternative Lösungen einzusetzen. Das Brustkrebszentrum hat die Eigenverantwortung im Falle einer nicht funktionierenden externen Lösung.
10.5	Dokumentationsbeauftragter • Es ist mindestens ein Dokumentationsbeauftragter zu benennen, der die Verantwortung für die Tumordokumentation trägt. Name/Funktion: Folgende Aufgaben obliegen dem Dokumentationsbeauftragten: • Prüfung der Qualität der interdisziplinären Dokumentation • Motivation zur sektorenübergreifenden Kooperation der mitwirkenden Fachgebiete im Krebsregister (pathol. Befunde, strahlentherapeutische und medikamentöse Behandlungen) • Sicherstellung und Überwachung der zeitnahen, vollständigen und korrekten Erfassung der Patientendaten • Qualifizierung und Unterstützung des für die Datenerfassung tätigen Personals • Regelmäßige Erstellung von Auswertungen
10.6	Bereitstellung von Ressourcen Für die Ausführung der Aufgaben der Dokumentation sowie für die Erfassung der Daten soll die erforderliche Personalkapazität bereitgestellt werden (z.B. pro 200 Pf 0,5 VK und pro 200 Nachsorgefälle 0,1 VK)
10.7	Folgende Selektionsmöglichkeiten müssen mindestens in dem Tumordokumentationssystem möglich sein: • Jahrgänge • TNM-Klassifikation und Prognosefaktoren • Therapieformen (operative Therapie, Strahlentherapie, Hormontherapie, Immuntherapie, Chemotherapie) • Datum der Rezidive/Metastasierungen • Sterbefälle • Follow-up Status (letzte Aktualisierung)
10.8	Indikatoren zur Ergebnisqualität Kaplan-Meier-Kurven: • Gesamtüberleben (OAS) für alle Patienten in Untergruppen nach pT Kategorien, Stadien • Lokalrezidivfreies Überleben für alle Patienten und für Untergruppen • Metastasenfreies Überleben für alle Patienten und für Untergruppen • Überleben ab Progression (PDS) Anfangs sind alle Jahrgänge zusammenzufassen (3 Jahre). Bei größeren Patientenzahlen und Ereigniszahlen können dann mehrere Jahrgänge getrennt ausgewertet werden. Zu jeder Kaplan-Meier Kurve gehört auch eine Tabelle mit den Patientenzahlen und den Überlebensdaten. Organspezifische detaillierte Anforderungen sind im Anhang zur Matrix Ergebnisqualität zusammengestellt.
10.9	Auswertung der Daten • Die Auswertungen für die Indikatoren zur Ergebnisqualität (obiger Punkt) müssen zu den Re-Zertifizierungen vorliegen. • Daten im Tumordokumentationssystem sind mind. 1x jährlich auszuwerten und zu analysieren • Die veröffentlichten Daten des Qualitätsberichtes gemäß §137 SGB V sind auf Vergleichbarkeit zu überprüfen und eine entsprechende Auswertung ist nachzuweisen. • Sofern an einem Benchmarking teilgenommen wird, sind die Ergebnisse des Benchmarkings bei der Analyse mitzubetrachten. • Die Analyse jeder abgeschlossenen Jahrgangskohorte ist in einem Kurzprotokoll zu fixieren mit gegebenenfalls eingeleiteten konkreten Aktionen (Prüfung ausgewählter Kasuistiken z.B. mit Lokalrezidiven u.a. bzgl. leitliniengerechter Behandlung). • Die Diskussion der Ergebnisse muss interdisziplinär und im Verbund von Brustkrebszentren erfolgen.
10.10	Erfassung Follow-up Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden und was der aktuelle Follow-up Status ist (s. Ergebnismatrix). Funktionierende klinische Krebsregister sollen den Follow-up Status bereitstellen. Solange diese Möglichkeit nicht zur Verfügung steht, ist das Zentrum verpflichtet, entsprechend der Ergebnisqualitätsmatrix den Follow-up Status der Pat. zu den Re-Zertifizierungen zur Verfügung zu stellen Zum Follow-up Status gehören: • auftretende Progressionen (Lokalrezidive, 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)

Kap.	Anforderungen		
10.11	Anforderungen an das Follow-up gemäß Matrix Ergebnisqualität Rücklaufquote nach 3 Jahren (Rezertifizierung)	01.07.09 - 31.12.10	Ab 01.01.11
	Mindestanforderung für eine erfolgreiche Rezertifizierung.	≥ 60%	≥ 70%
	Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nur mit Auflagen möglich (z.B. reduzierte Gültigkeitsdauer, Konzept für Steigerung der Rücklaufquote, …)	45 – 59%	50 – 69%
	Rezertifizierung bzw. Aufrechterhaltung der Zertifizierung nicht gegeben.	< 45%	< 50%

DKG KREBSGESELLSCHAFT — Deutsche Gesellschaft für Senologie

Anforderungen an ein Organzentrum (z.B. Brustzentrum, Auszug „Tumordokumentation“)

Unterstützung durch regionale Klinische Krebsregister

Leistungen eines Registers:

- Dokumentation der Daten
- Evaluierung der Daten (Qualitätsmanagement)
- Erstellung der Kennzahlenbögen für die Zertifizierung
- Ermittlung der Ergebnisqualität
- Benchmarking

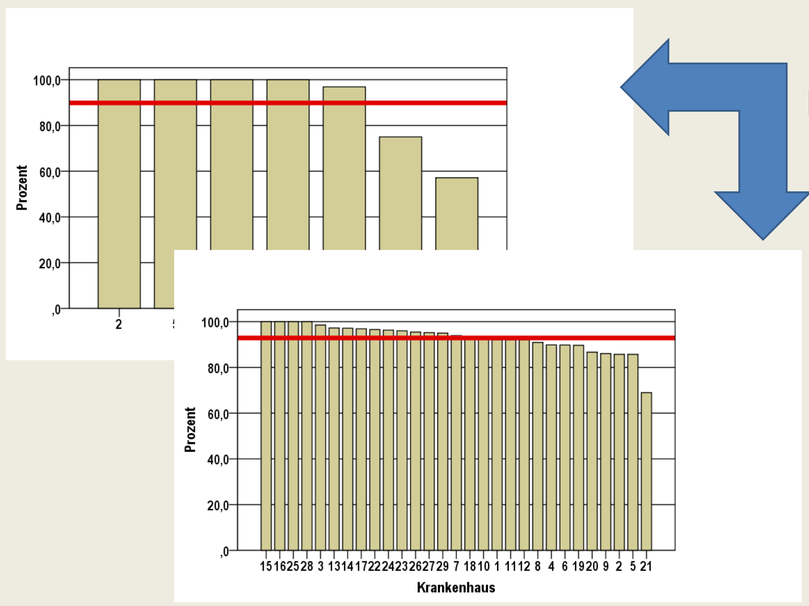
Patienten mit evtl. fehlenden Qualitätsvorgaben

Pat id	Nr	Kommentar	Nam
66559	1	(9.2) keine endokrine Therapie bei Rez. positivem Befund, Soll 95%	
79030	1	(15) keine Präoperative histologische Sicherung, Soll 80%	
72285	1	(26) keine Angabe von Resektionsrand..., Soll 95%	
.	.	(6.1) keine Strahlentherapie nach Mastektomie bei inv. CA, Soll 95%	
.	.	(8.1) keine Chemotherapie bei Rez. pos. und nodalpos. Befund, Soll 95%	
70636	1	(15) keine Präoperative histologische Sicherung, Soll 80%	
.	.	(20) keine Bestimmung Nodalstatus bei inv. CA, Soll 95%	
.	.	(4.1) keine Strahlentherapie nach BET bei inv. CA, Soll 95%	
.	.	(7.1) keine Chemotherapie bei Rez. negativen Befund, Soll 95%	
.	.	Ablehnung durch Pat. o. Angehörige;MOD_BESTRAHLUNG_GRUND(Verlauf);14.02.07	
.	.	Ablehnung durch Pat. o. Angehörige;MOD_SYST_GRUND(Verlauf);14.02.07	

Nr. 15 EB 2.1.8
Präoperative histologische Sicherung
Patienten welche das Kriterium nicht erfüllen:
(Makro m_Ausgabe_ZählerNenner 11.03.2010)

PAT ID	Tumor	Name	Vorname	Geb.-Datum	Anmerkung+vorges. Maßnahmen
79030	1			20.07.1951	
70636	1			06.01.1927	#Ablehnung durch Pat. o. Angehörige;MOD_SYST_GRUND(Verlauf);14.02.07#Ablehnung durch Pat. o. Angehörige;MOD_BESTRAHLUNG_GRUND(Verlauf);14.02.07
3624	2			03.04.1936	
72230	1			11.09.1937	
74697	1			21.07.1976	
74599	1			08.05.1925	#Ablehnung durch Pat. o. Angehörige;MOD_BESTRAHLUNG_GRUND(Verlauf);01.10.2007 Radiatio

Evaluierung der Daten (Qualitätsmanagement)



Benchmarking

DKG KREBSGESELLSCHAFT — Deutsche Gesellschaft für Senologie

Erhebungsbogen für Brustkrebszentren

Auditjahr: 2011

Kennzahlenbogen

Nr.	EB	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (=Nenner)	Sollvorgabe		Ist-Wert
1	1.2.2	Postoperative Fallbesprechung	Postoperative Vorstellung möglichst vieler Primärfälle in der Tumorkonferenz	Alle operierten Primärfälle, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	Operierte Primärfälle (Primärfalldefinition siehe 5.2.1)	>95%	Zähler: Nenner: %:	361 371 97,3%
2	1.2.3	Prätherapeutische Fallbesprechung	Adäquate Rate an prätherapeutischen Fallbesprechungen	Anzahl Primärfälle, die in der prätherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt	Primärfälle	Zurzeit keine Vorgabe	Zähler: Nenner: %:	38 380 10,0%

Kennzahlenbögen eines Brustzentrums einschließlich Ergebnisqualität

Kontakt:
Südwestsächsisches Tumorzentrum Zwickau e.V.
Karl-Keil-Str. 35
08060 Zwickau
www.tumorzentrum-zwickau.de

Tumorzentrum Chemnitz e.V.
Bürgerstr. 2
09113 Chemnitz
www.tumorzentrum-chemnitz.de

Datenquelle:
©SWS Tumorzentrum Zwickau e.V. 2011