



Nationales Krebsregister Wie kann das gehen?

M. Klinkhammer-Schalke

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT),
Kooperationsverbund Qualitätssicherung durch Klinische Krebsregister (KoQK)



Epidemiologische und klinische Krebsregistrierung

- Was ist das Ziel?
- Wie ist der Weg?
- Ist ein Nationales Krebsregister sinnvoll?



Ziel

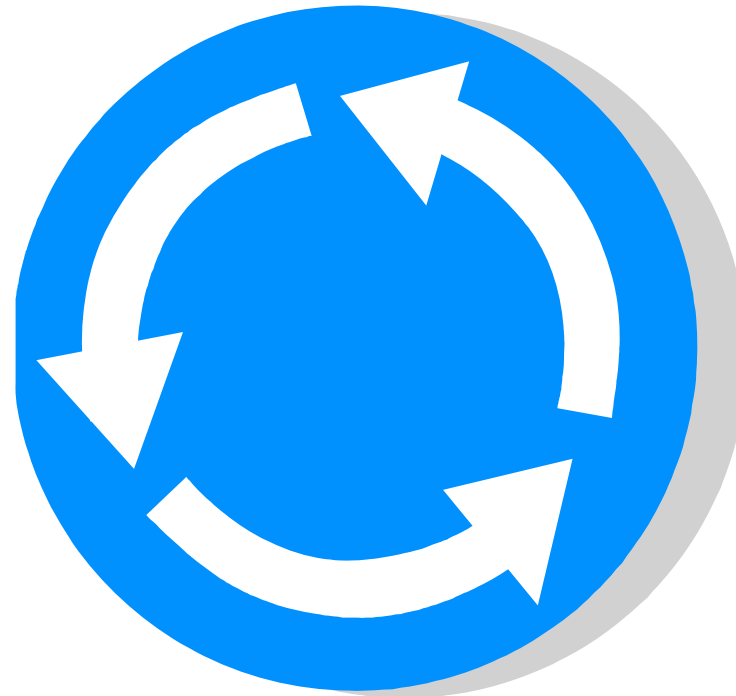
- Wissen um Krebshäufungen
- Erkenntnisse über die Behandlungsqualität gewinnen
- Strukturierter Dialog
- Ergebnisqualität verbessern
- Transparenz der Versorgung für Patienten und Ärzte



Qualitätszyklus PDCA



Leitlinien geben
evidenzbasierte
Handlungsweise vor



Register messen
sektorenüberschreitend
Ergebnisqualität

Zertifizierte Zentren
verbessern
Strukturen und Prozesse



Grundlage für Implementierung von Qualitätsindikatoren und Verbesserung der Versorgung

- Voneinander wissen
- Voneinander lernen
- Zusammen interdisziplinär arbeiten
- Rückmeldung des Behandlungsverlaufs
und der Ergebnisse



Wie ist der Weg?



Darstellung täglicher Versorgung

- Regional
- Einheitlich
- Vergleichbar
- Sektorübergreifend
- Gesamter Krankheitsverlauf
- Überleben

Organkrebszentren-Onkologische Zentren- Krankenhäuser- Niedergelassene
klinische Krebsregister



Regional



Erfassung onkologischer Krankheitsverläufe und Follow up

- Meldung aller Pathologen im definierten bevölkerungsbezogenen Einzugsgebiet
- Meldungen aller niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte, Fachärzte und onkologischen Schwerpunktpraxen
- Erfassung von Neuerkrankungen, sowie Folgemeldung über Tumorstatus (Tumorfreiheit, Rezidiv, Progression, Metastasierung, Überleben)
- Abgleich aller vorhanden Daten mit Sterberegistern auf Gemeinde- und Landesebene (Standesämter, Gesundheitsämtern)
- Rückverfolgung fehlender Daten, Abgleich von Pathologenmeldungen mit klinischen Meldungen
- Rückmeldung (PDCA) an alle behandelnden Ärzte über die Behandlungsqualität ihrer eigenen Patienten im Vergleich zu den Ergebnissen der gesamten Region



Einheitlich



Arbeitsgemeinschaft
Deutscher Tumorzentren



Kooperationsverbund Qualitätssicherung
durch Klinische Krebsregister (KoQK)

Version 6.0 Stand 02/08
DIAGNOSEDATEN



DEUTSCHE
KREBSGESELLSCHAFT E.V.



Gesellschaft d. epidemiologischen
Krebsregister in Deutschland



Deutsche
Krebshilfe



CCC
Forum

**Einwilligung zur Meldung an das Klinische und
Epidemiologische Krebsregister**

Liegt vor ☐

Liegt nicht vor ☐

Abgelehnt ☐

Patientenidentifikationsnummer:

Krankenkasse:

Telefon:

Name:

Meldende Institution:
(Klinik, Abteilung, Station)

Geburtsname:

Geschlecht: w/m

Vorname:

Tag

Monat

Jahr

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ:

Ort:

Stempel

Tumordiagnose: (ICD-10)

Tag

Monat

Jahr

Diagnose-Datum:

k=klinisch; **z**=zytologisch; **h**=histologisch

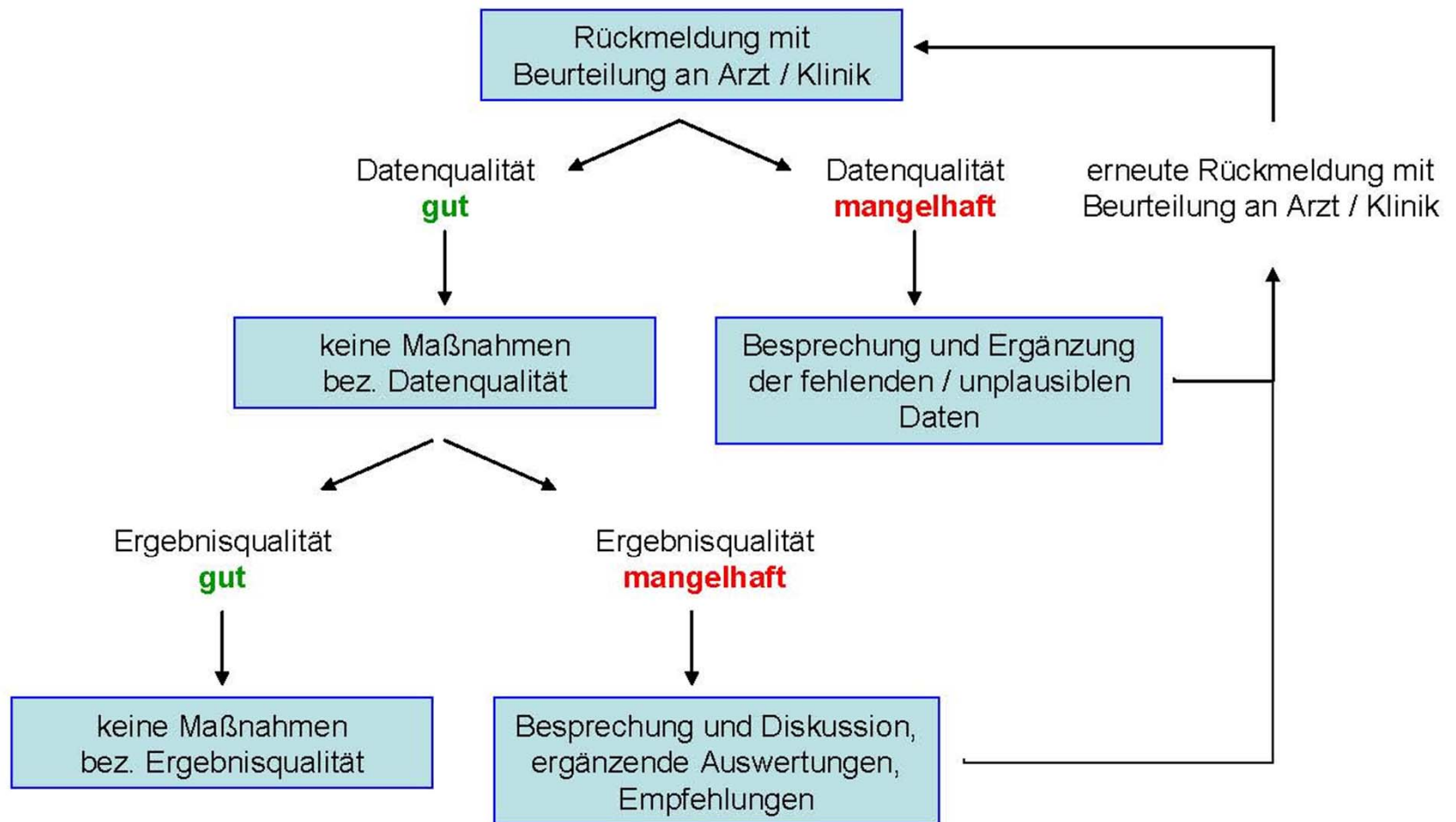
Diagnosesicherheit: (Bitte die höchste Stufe angeben)

a=autoptisch; **d**=DCO; **s**=sonstiges; **x**=unbekannt

Organspezifischer Datensatz Mamma-CA Stand: November 2010
Ergänzungen zum Basisdatensatz

Lauf.-Nr.	Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel																
1.0.1	Tastbarer Mamma-Befund	Befund palpabel Befund nicht palpabel	Ja/ Nein Unbekannt																
1.0.2	Präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren	durchgeführt nicht durchgeführt	Ja: Mammographie Sonographie MRT Nein/ Unbekannt																
1.0.3	Intraoperatives Präparatröntgen (wenn Draht-Markierung durch Mammographie/Sonografie)	durchgeführt nicht durchgeführt	Ja Nein Unbekannt																
1.1	Tumorgröße	Hier ist die Tumorgröße des abschließenden pathol. Befundes in mm einzutragen	mm Größe des invasiven Karzinoms nicht zu beurteilen mm Größe des assoziierten DCIS nicht zu beurteilen																
1.2.1 1.2.1	Abstand vom Resektionsrand Minimaler Sicherheitsabstand	Hier ist der minimale Sicherheitsabstand in mm einzutragen Geringster Abstand zum Tumor (invasiver und nicht – invasiver Anteil) zum Resektionsrand	mm invasives Karzinom mm DCIS mm invasives Karzinom mm DCIS																
1.3	Grading nach Elston und Ellis	Hier soll das Grading nach Elston und Ellis erfasst werden (Summenscore) (G1-G3)	Wertebereich 3 – 9 Laut S3-Leitlinie <table> <tr> <th>Summenscore</th><th> malignitätsgrad</th><th>G-Gruppe</th><th>Definition</th></tr> <tr> <td>3, 4, 5</td><td>gering</td><td>G1</td><td>gut differenziert</td></tr> <tr> <td>6, 7</td><td>mäßig</td><td>G2</td><td>mäßig differenziert</td></tr> <tr> <td>8, 9</td><td>hoch</td><td>G3</td><td>schlecht differenziert</td></tr> </table>	Summenscore	malignitätsgrad	G-Gruppe	Definition	3, 4, 5	gering	G1	gut differenziert	6, 7	mäßig	G2	mäßig differenziert	8, 9	hoch	G3	schlecht differenziert
Summenscore	malignitätsgrad	G-Gruppe	Definition																
3, 4, 5	gering	G1	gut differenziert																
6, 7	mäßig	G2	mäßig differenziert																
8, 9	hoch	G3	schlecht differenziert																

Stufenkonzept zur Bewertung und ergebnisorientierten Kommunikation und Diskussion der Rückmeldung





Sektorenübergreifend



Schriftliche, vollständige und fortlaufende Meldung an das Tumorzentrum

Patientenakte

Muermann Maria (28.01.1920)

C50.0 Brustwarze und Warzenhof (R)

Überblick zum Verlauf

Anamnese

First-Dokumentation

Postoperative Dokumentation

Pathologie

Klinische Diagnostik

Therapie

Operative Therapie

Chemotherapie

Hormontherapie

Immuntherapie

Geplante Therapie

Entlassung

Lebensqualität

Arztbriefe, Dokumente...

Tumorboard

Folge-Dokumentation

09.09.2005 - 09.09.2005

Pathologie

Klinische Diagnostik

Therapie

Entlassung

Lebensqualität

Arztbriefe, Dokumente...

Abschluss

Diagnose

Seite 1 Seite 2

C50.0 Brustwarze und Warzenhof

Diagnosedatum: 02.01.2005

Diagnosegeher: histologisch

Diagnoseglat: Tumorsymptome

Hauptlokalisation (ICD-O):

Code/Beruf am längsten:

Code/Beruf zuletzt:

Schadstoffexposition:

Abhängigkeit:

Nebenlokalisation (ICD-O):

Code Beschreibung

C50.0 Brustwarze und Warzenhof

C50.8 Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend

Begleiterkrankungen (ICD-10):

Code Beschreibung

H00.1 Chalazion

Änderung: Letzte Änderung: 09.09.2005 13:39

V: 19.01.09 Prof. - Rad. ggl. C.50.4

Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg

MVZ Abteilung Strahlentherapie Leitender Arzt Dr. M. Allgauer

Abdominalen Leukostadien der Universitätsklinik Regensburg

Tumorzentrum

Franz-Josef-Strauß-Allee 11 93053 Regensburg

EINGEGANGEN 27. JAN. 2009

Prüfenerger Strasse 86 93049 Regensburg Tel.: 0941 369 2451 Fax: 0941 369 2456 strahlentherapie@barmherzige-regensburg.de Datum: 21.01.2009 ALL/hu Vorgangsnr.: S339/09

Dr. med. Schönhart, 93188 Pleisshofen Dr. med. Reiff, 93047 Regensburg

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Zuweisung Ihrer Patientin:
Name: Musterfrau, Vorname: Maria, Geburtsdatum: 20.01.1920, wohnhaft in: 9999 Musterstadt, Musterstr. 9, Nachsorgepass-Nr.: 11111111, die sich am 19.01.2009 bei uns zur Untersuchung vorstellte.

Diagnosedaten:
Tumordiagnose : Mamma-Ca.
Diagnosedatum : 5/03
Lokalisation : Mamma links
Histologie : lobulo ductal, ER IRS 12/12, PR IRS 12/12, HER-2+ +
Primärstadium : pT1c N3 G2 M1

Primärtherapie:
Datum : 5/03
Art : Operation
Intention : palliativ

Zusatzdiagnosen:
Z. n. Strumektomie, Appendektomie, abdominaler Hysterektomie.

Verlaufsdaten:
1/03 Lumboschialgie L5 rechts.
3/03 Staging, Biopsie-Versuche bei unbekannten Primärtumor.
5/03 Tumorexcision linke Mamma ohne Adnektomie.
5/03 Aromatasehemmer, Bisphosphonatherapie, Planung Strahlentherapie.
6-7/03 Radiotherapie LWK 4 Incl. ISF (30 Gy).

AB-AMB-S-NACHZ.21.01.2009

Onkologische Dokumentation Verlauf
Tumorzentrum Regensburg e. V. Tel.: 09 41/9 43-1803-5

Einwilligung zur Datenspeicherung: Ja, Siegt vor Abgelehnt Liegt noch nicht vor

Nachsorge-Kalender-Nr.: Name: Krankenkasse:

Geburtsname: Geschlecht: w/m

Vorname: Geburtsdat.: Staatsangeh.: Straße: PLZ: Ort:

Stamp/Unterschrift

Tumordiagnose

Diagnose-Datum: Residiv-Datum:

TNM: r y p T C p N C p M C

Anders Stadium:

Histologie Datum: G (1 - 4, X)

Anzahl entfernter LK: (ohne Sentinelle) Anzahl entfernter Sentinel-LK:

Anzahl befallener LK: (ohne Sentinelle) Anzahl befallener Sentinel-LK:

LRO=kein lokaler Residualtumor R1=mikroskop. RL R2=makroskop. RL R3=nicht beurteilbar

Verlaufsdaten: V0=keine V V1=mikroskopische V V2=makroskopische V V3=nicht beurteilbar

Hormonrezeptoren: Östrogen neg. pos. Progesteron neg. pos.

HER 2/neu neg. pos. FISH neg. pos. andere

Untersuchungs-Datum: stationär ambulant

Zustand nach Primärtherapie Beginn der Primärtherapie

Zustand nach Residivtherapie Beginn der Residivtherapie

Behandlungsbedürftige Folgeerkrankungen: Lymphödem

Therapien: Primärtherapie Residivtherapie aktuelle geplante

Operation

Bestrahlung

Chemotherapie

Hormontherapie

Knochenmarkstransplantation

Stammzelltransplantation

Immuntherapie

Schmerztherapie

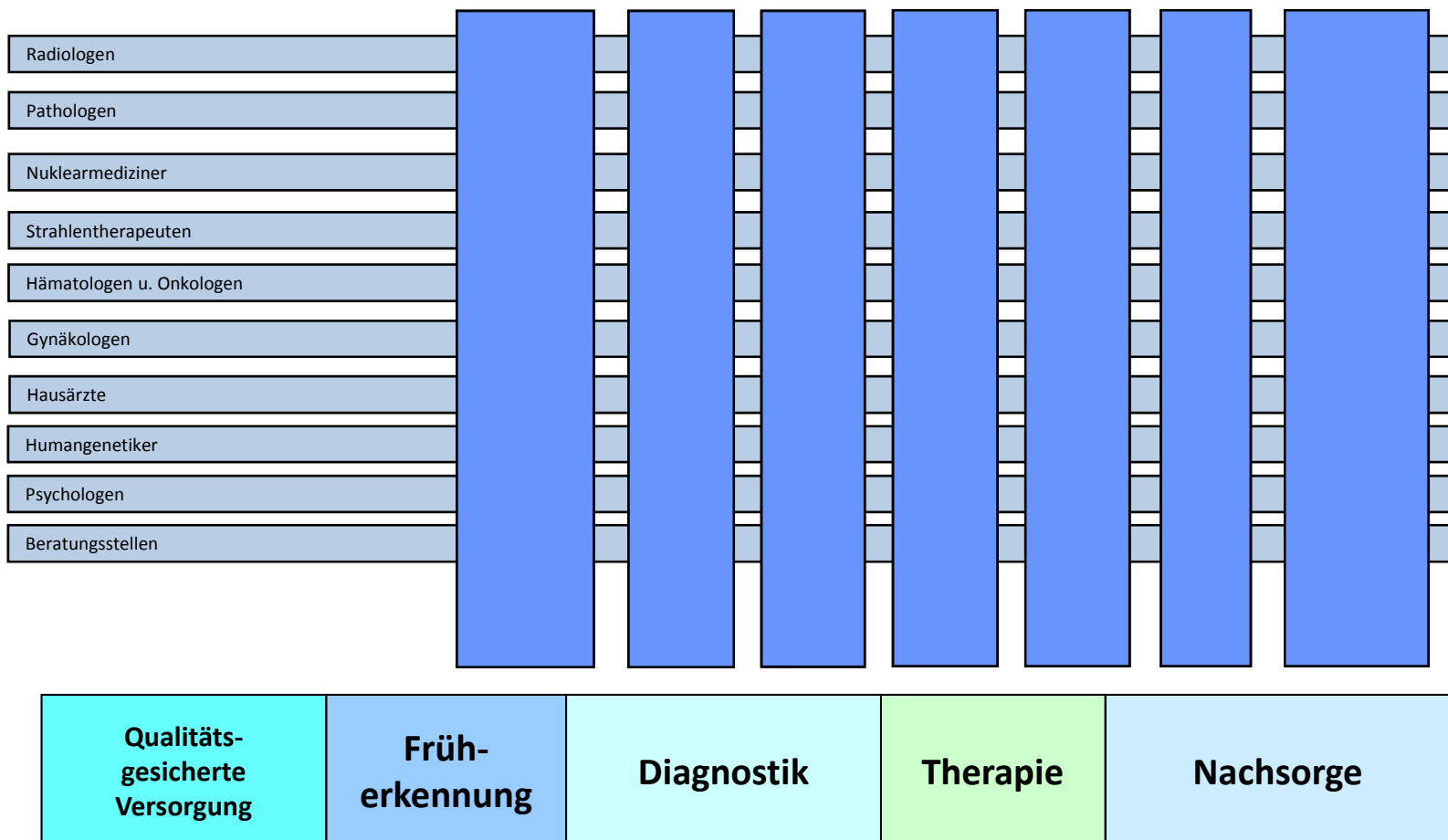
andere Therapien

Welche?

Intention: M-neoadjuvant A-adjunkt K-kurativ P-palliativ

Bitte nur bei Ersterhebung ausfüllen und bei Veränderungen bitte im TIZ anrufen!

Zentren unter dem Dach eines
Tumorzentrums/Klinischen Registers





gesamter
Krankheitsverlauf

Analyse der Versorgungsqualität von Darmkrebspatienten
S3- Leitlinie

anhand der Daten klinischer Krebsregister



I. Früherkennung, Screening



II. Operative Therapie



III. Pathomorphologische Untersuchung



IV. Adjuvante Therapie

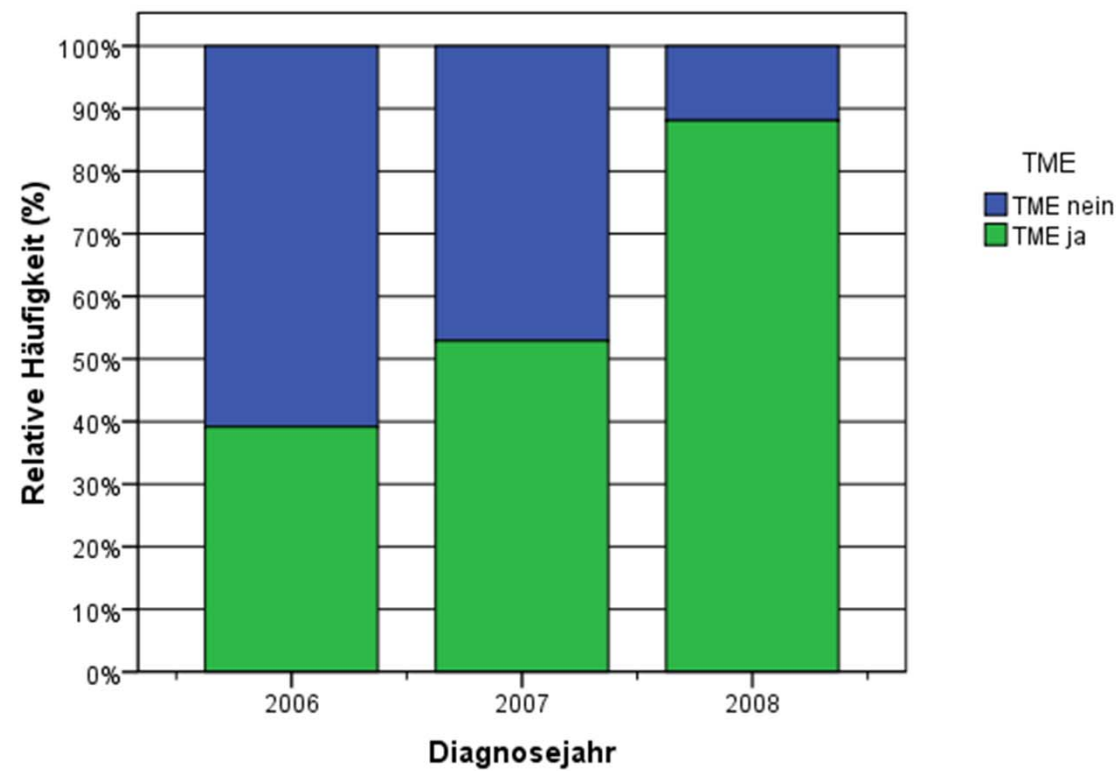


V. Rezidive und Metastasierung

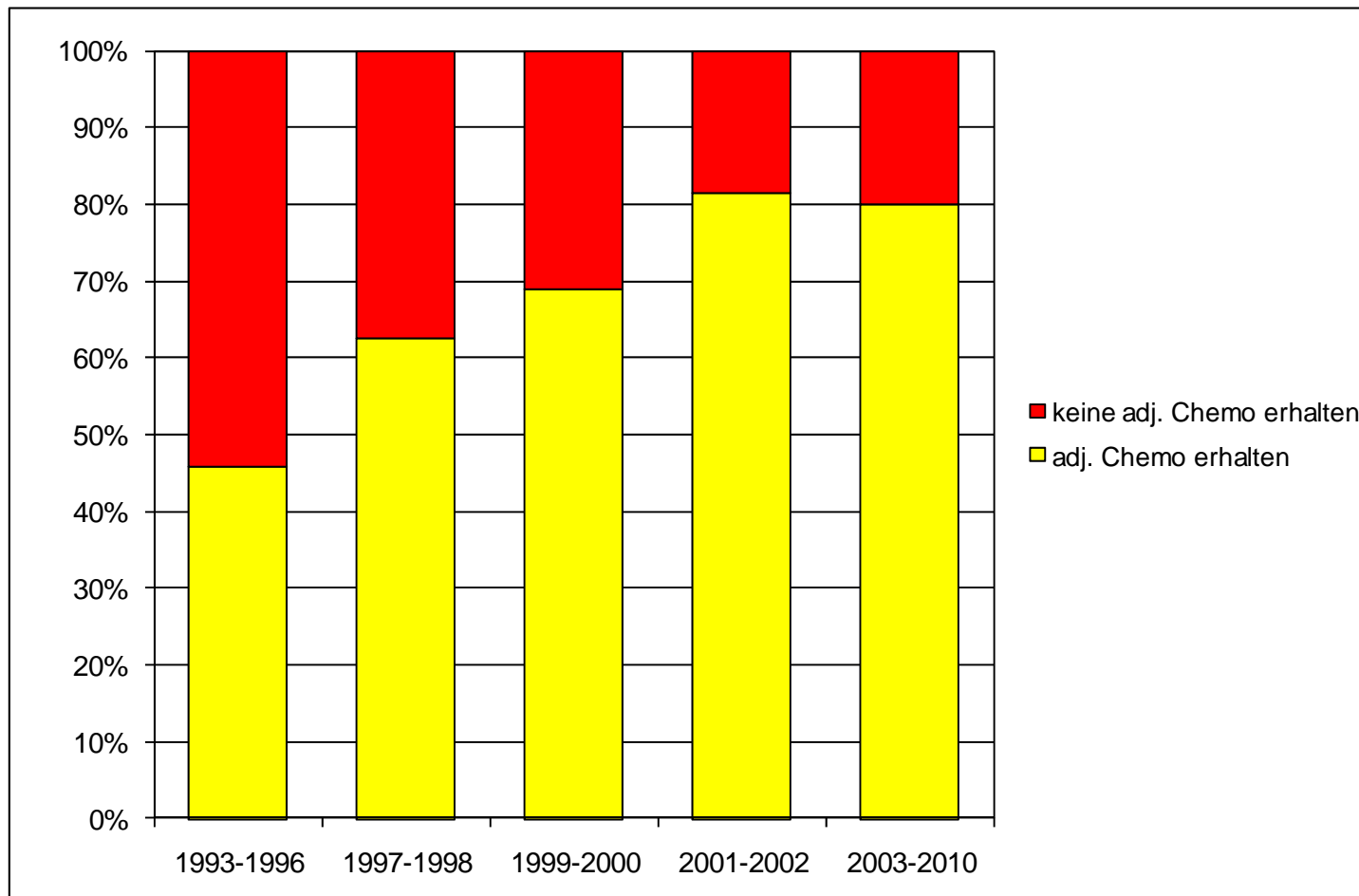


VI. Überleben

Anteil der Patienten mit TME nach Diagnosejahr



Adjuvante Chemotherapie Kolonkarzinom (St. III), mit Implementierung und Rückmeldung 1993-2010



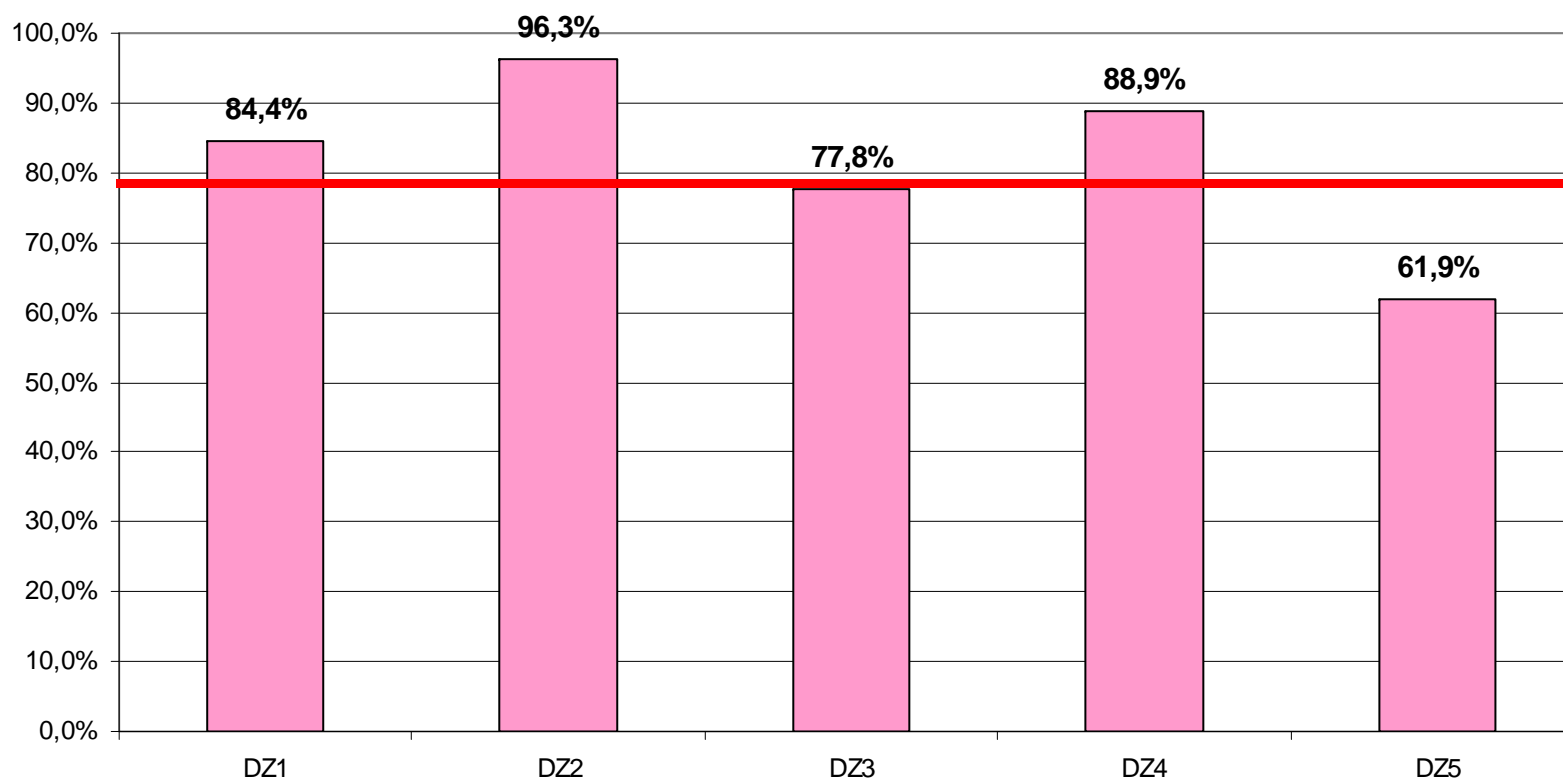


Ergebnisqualität

- Zentrums-individuelle sektorenüberschreitende Dokumentation der Nachsorge
- Gemeinsame Bewertung der Ergebnisqualität
- Regionales, länderspezifisches, bundesweites Benchmarking

Kennzahlenabfrage Nr. 20 – EB 9.10

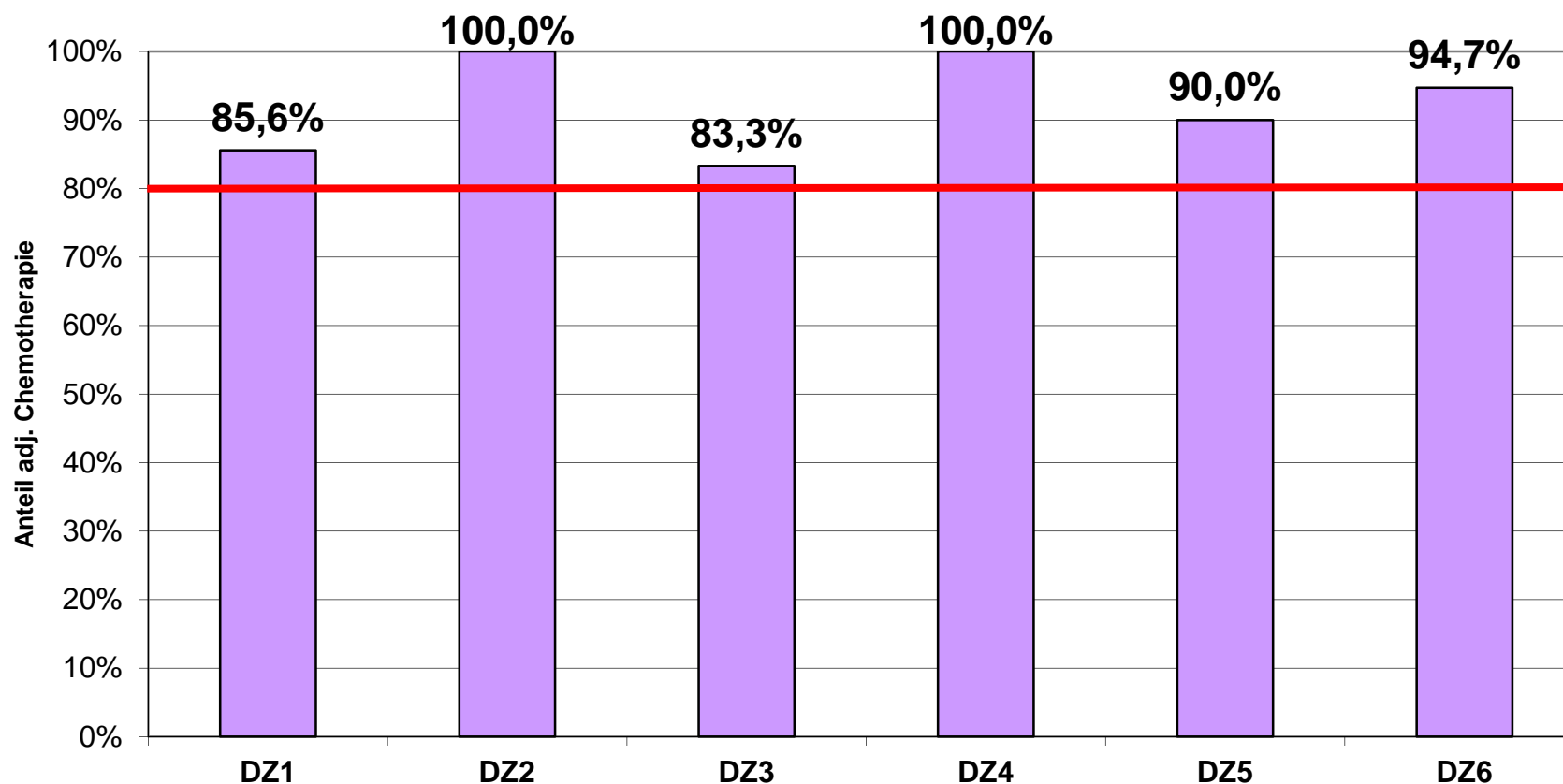
„Qualität des TME-Rektumpräparates“
 (Sollvorgabe: $\geq 70\%$ der TME-Rektumpräparate mit guter Qualität)



Hinweis: nur Primärfälle mit Angabe TME und Mercury-Grad berücksichtigt!
 → hier: nur Mercury-Grad M1 (good) als „gute Qualität“ gewertet!

„Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III)“

(Sollvorgabe: $\geq 80\%$ Chemotherapien bei Pat. Mit Kolonkarzinom UICC Stad. III)



Hinweis:

- geplante adj. Chemotherapien wurden mit berücksichtigt!
- Kontraindikation, verstorben vor Therapiebeginn und vom Pat. abgelehnt wurden nicht berücksichtigt!

Ergebnisqualität

01.01.2000 bis 31.12.2010

	Jahre 1-3	Jahre 4-5	Jahre 6-10	Jahre > 10	Gesamt
Erfasste Patienten	704	474	980	1271	3429
Mit FollowUp	703	427	492	580	2202
Lokalrezidiv	13	16	76	155	260
FMRezidiv	7	19	95	216	337
verstorben tumorbedingt	13	43	166	294	516
verstorben sonstige	30	33	61	174	298
FollowUp Quote	99,9%	90,1%	50,2%	45,6%	64,2%

N = 3429

Klinischen Krebsregistern und Organkrebszentren



**Kolorektales Karzinom
DKK 2010:
196 236 Datensätze
aus 32 Registern
in 12 Bundesländern**



Schleswig-Holstein

TZ Kiel



Nordrhein-Westfalen

OSPs Westfalen-Lippe



Rheinland-Pfalz

Krebsregister Koblenz



Saarland

Saarländisches TZ (Homburg)



Baden-Württemberg

OSP Stuttgart
OSP Göppingen
TZ Ulm (CCC Ulm)
TZ Tübingen
OSP Freiburg



Mecklenburg-Vorpommern

TZ Rostock
TZ Greifswald
TZ Neubrandenburg
TZ Schwerin



Berlin

TZ Berlin



Brandenburg

TZ Brandenburg



Sachsen-Anhalt

TZ Anhalt (Dessau)
TZ Halle
TZ Magdeburg



Thüringen

TZ Nordhausen
TZ Erfurt
TZ Suhl
TZ Jena



Sachsen

TZ Dresden
TZ Zwickau
TZ Chemnitz
TZ Leipzig



Bayern

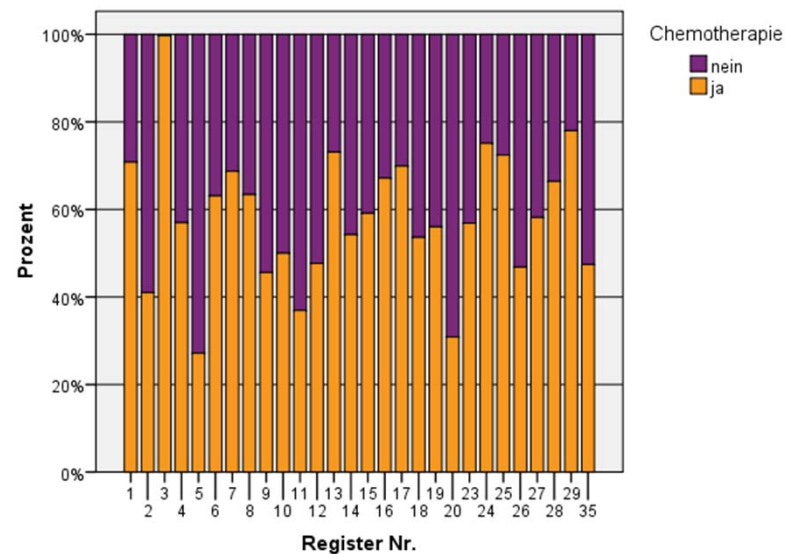
TZ Oberfranken (Bayreuth)
TZ Würzburg
TZ Erlangen/Nürnberg
TZ Regensburg
TZ Augsburg
TZ München

Chemotherapie beim Kolonkarzinom Stadium III

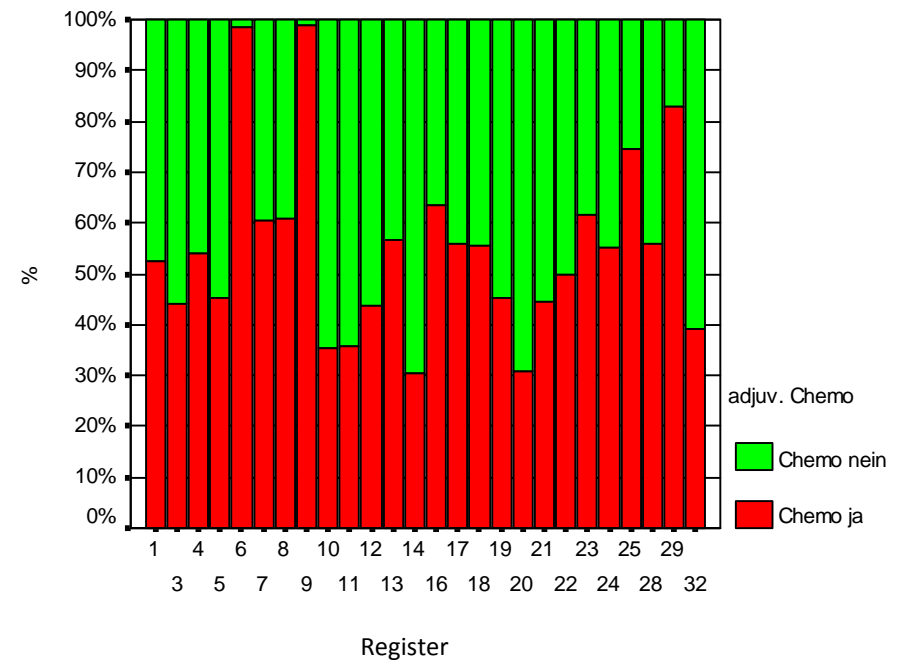
2010 gesamt 61,9%

2008 gesamt 52,8%

Chemotherapie beim Kolonkarzinom (Stadium III) nach Register (R0-operierte Patienten)



Chemotherapie nach Register Stadium III, operiert)

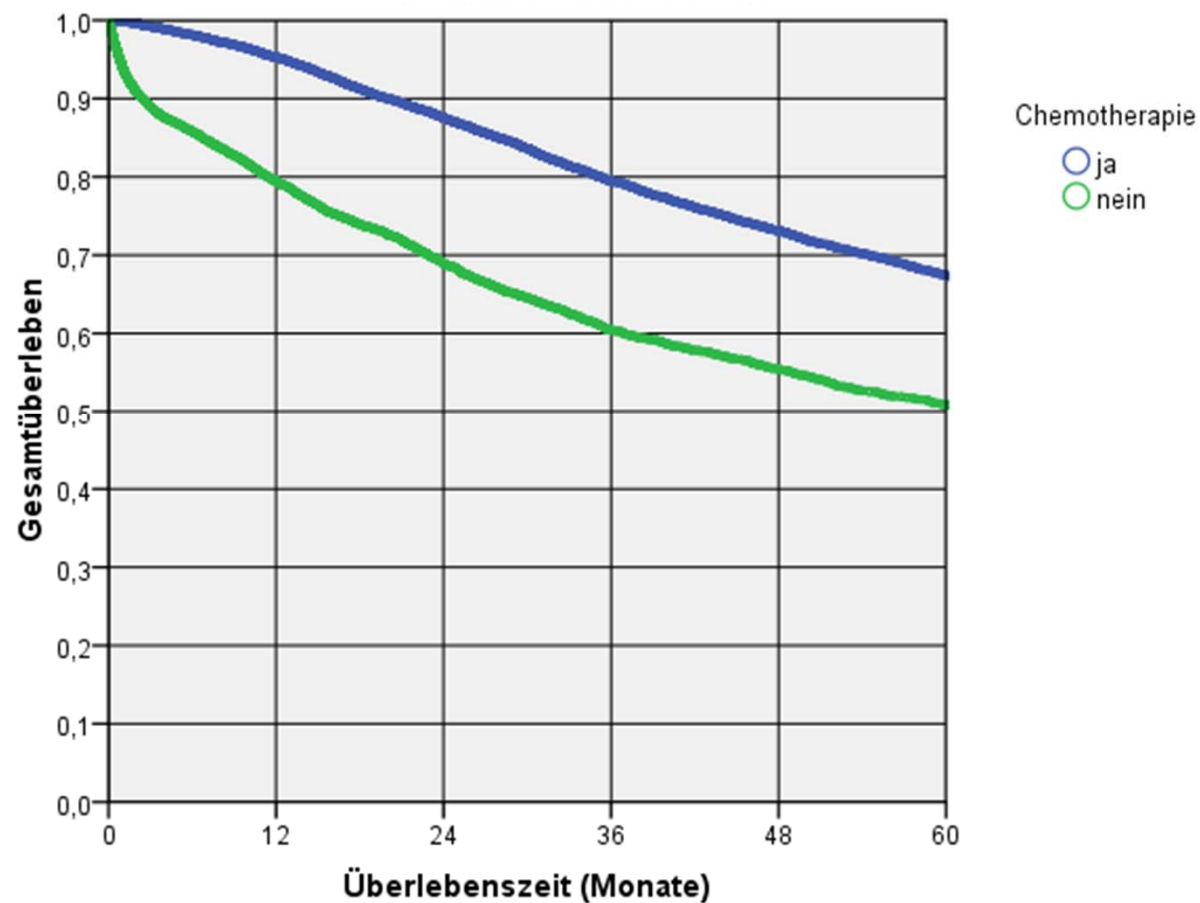




Überleben

(Todesmeldungen, Einwohnermeldeämter)

Gesamtüberleben nach adjuvanter Chemotherapie beim Kolonkarzinom Stadium III

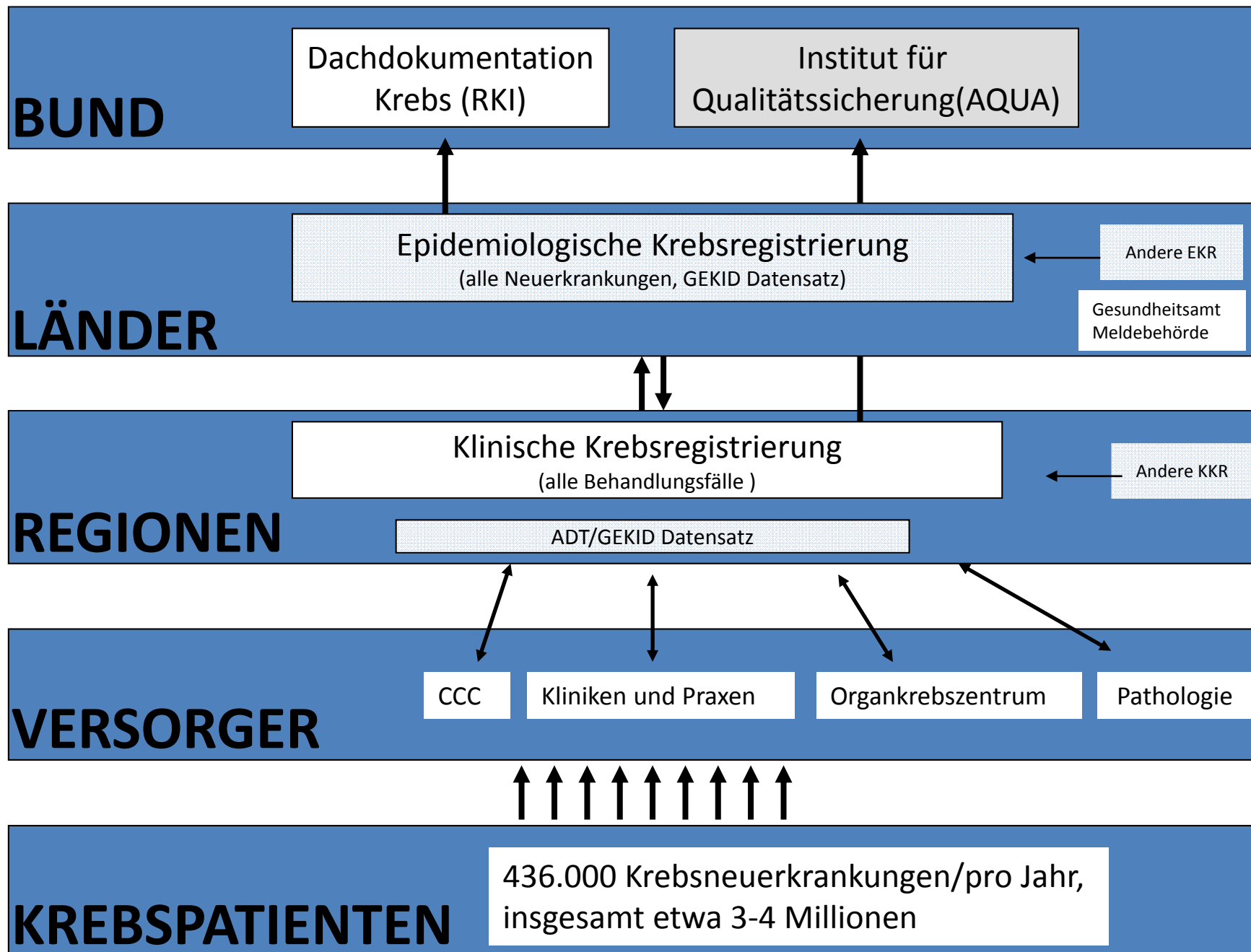


Flächendeckende Einführung klinischer Krebsregister

Datensparsame einheitliche Tumordokumentation

Nationaler Krebsplan

Aktueller Stand und Perspektiven





Nationales Krebsregister wie kann das gehen?

- Schaffung regionaler Krebsregistrierung mit allen Behandlern
- Länderstrukturen (z.B. Brandenburg, Baden Württemberg)
- bundesweite Zusammenführung



„Register“



„Register“monitoren die komplexen Versorgungsstrukturen in der Onkologie. Sie leisten Versorgungsunterstützung und Qualitätssicherung

