



Geschäftsstelle Qualitätskonferenzen (QualiKo)
Klinische Landesregisterstelle (KLR)
des Krebsregisters Baden-Württemberg bei der
Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V.

Landesqualitätsbericht Onkologie Baden-Württemberg 2018

August 2018

Zeitraum 2012–2015

Landesqualitätsbericht Onkologie 2018

Zeitraum 2012–2015

Impressum

Herausgeber

Geschäftsstelle Qualitätskonferenzen (QualiKo) und die Landesqualitätskonferenz

Klinische Landesregisterstelle (KLR)
des Krebsregisters Baden-Württemberg
bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V.
Birkenwaldstr. 145
70191 Stuttgart
Tel: 0711 / 25 777 – 721
E-Mail: info@qualiko-bw.de
www.qualiko-bw.de

Autoren

Dr. med. Johannes Englert (KLR)
Dr. med. Philipp Morakis (QualiKo)

Dipl.-Ing. (FH) Bettina Balzer (QualiKo)
Dipl.-Inform. Med. Susanne Bergbold (EKR)
Julia Häberlin, M. A. (QualiKo)
Cigdem Oswald, MPH (QualiKo)
Dr. Martin Richter (QualiKo)

Auswertungen

Anja Bucher, B. Sc. (KLR)
Dipl. Biol. Manuel Küffner (KLR)
Cigdem Oswald, MPH (QualiKo)
Constanze Pscheidt, MPH (KLR)

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung
der Geschäftsstelle Qualitätskonferenzen.

© Karten erstellt mit RegioGraph® Analyse
sowie mit freundlicher Unterstützung von GfK GeoMarketing

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass aus Gründen der besseren
und schnelleren Lesbarkeit dieses Berichtes die männliche Form verwendet wird.
Selbstverständlich gilt jeweils die weibliche und die männliche Form.

Stuttgart, August 2018

Vorwort

Seit 2009 wird in der Klinischen Landesregisterstelle bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. in Stuttgart die klinische Krebsregistrierung zum Zweck der onkologischen Qualitätssicherung aufgebaut und durchgeführt.

Ergänzend zum Jahresbericht, den das epidemiologische Krebsregister publiziert und dessen Schwerpunkt auf der epidemiologischen Berichterstattung liegt, deckt der Landesqualitätsbericht den Bereich der Qualitätsberichterstattung in der Versorgung krebskranker Patienten ab.

Nachdem im April 2014 die ärztlich geleitete Geschäftsstelle Qualitätskonferenzen bei der Klinischen Landesregisterstelle eingerichtet wurde, begannen 2015 die Auftaktveranstaltungen der regionalen Qualitätskonferenzen in den fünf Regionen Baden-Württembergs. Mittlerweile kann man stolz auf eine Vielzahl von regionalen bzw. landesweiten Veranstaltungen dieser Art zurückblicken. Neben den zwei regionalen Qualitätskonferenzen im Rahmen der Viszeralonkologie in den Vorjahren, wurden in 2017 erneut regionale Konferenzen zu der oben genannten Tumorgruppe abgehalten. Daneben gab es eine landesweite Konferenz zum Lungenkrebs sowie regionale Qualitätskonferenzen zu uroonkologischen Erkrankungen.

Die benannten Qualitätskonferenzen werden auch in diesem Jahr um weitere Konferenzen zu anderen Fachbereichen ergänzt, um eine umfassende onkologische Qualitätssicherung auf den Weg zu bringen.

Das Bewusstsein für eine sehr gute Datenqualität konnte auf den Veranstaltungen als Voraussetzung für die Beurteilung der Versorgungsqualität und der onkologischen Qualitätssicherung weiter geschärft werden. Da es jedoch noch weiteres Optimierungspotential gibt, liegt auch weiterhin der Schwerpunkt der Qualitätskonferenzen in den nächsten Jahren auf diesem Punkt. Ein schnelles Erreichen der Vollzähligkeit und Vollständigkeit des Krebsregisters wurde und wird durch diese Konferenzen weiter gefördert.

Mein Dank gilt vor allem allen Patientinnen und Patienten, den Ärztinnen und Ärzten sowie den Tumordokumentarinnen und Tumordokumentaren, die durch ihre Meldung an das Krebsregister einen wertvollen Beitrag zur onkologischen Qualitätssicherung und Verbesserung der onkologischen Behandlung leisten.

Durch dieses Engagement bei der Bereitstellung der Daten für das Krebsregister konnte der vorliegende Bericht letztlich erst realisiert werden.



Dr. med. Philipp Morakis

Leiter der Geschäftsstelle Qualitätskonferenzen
Stv. Leiter der Klinischen Landesregisterstelle
des Krebsregisters Baden-Württemberg bei der BWKG e. V.

Hier schaffen wir Wissen: Krebsregister Baden-Württemberg.

Die Daten, die wir auf den Qualitätskonferenzen gemeinsam auswerten, basieren auf den zuvor von Ihnen gemeldeten Informationen. Bei uns fließen die Daten aus dem ambulanten und stationären Bereich zusammen.

Auf diese Weise schaffen wir die Wissensdatenbank der Zukunft, die

- klinische Daten registriert
- Ärzten und Kliniken eine vollständige Übersicht über Patienten- und Behandlungsdaten liefert
- dazu beiträgt, die Versorgung von Menschen mit Krebserkrankungen weiter zu verbessern.



**QualiKo: regionale
Qualitätskonferenzen**

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Instrumente der Qualitätskonferenzen	2
2.1	Einrichtungsvergleiche	3
2.2	Regionale Vergleiche.....	3
2.3	Fallbesprechungen	3
2.4	Zielvereinbarungen	3
3	Landesweite Auftaktveranstaltung der Qualitätskonferenz zum Lungenkarzinom	4
4	Viszeralonkologische Qualitätskonferenzen	6
5	Gastbeitrag zur internen Qualitätssicherung	8
6	Uroonkologische Qualitätskonferenzen in Baden-Württemberg	9
6.1	Uroonkologische Versorgungsstruktur und Erfassungsgrad.....	9
6.2	Prostatakarzinom	13
6.3	Harnblasenkarzinom	16
7	Gastbeitrag sektorenübergreifende Tumorkonferenzen	20
8	Zusammenfassung und Ausblick	21
9	Anhang	23
9.1	Meldeaktivität und Leistungsdaten des KRBW	23
9.2	Methodische Hinweise.....	25
9.3	Mitglieder der Landesqualitätskonferenz.....	26
9.4	QualiKo-Regionen und -bezeichnungen.....	26
	Glossar	27
	Tabellenverzeichnis	30
	Abbildungsverzeichnis	31
	Abkürzungsverzeichnis	32
	Literatur	33

1 Einleitung

Das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) sieht die personenbezogene Erfassung des Auftretens, der Behandlung und des Verlaufs bösartiger Neubildungen aller stationär und ambulant versorgten Patienten sowie die Auswertung der Daten und die Rückmeldung an die Ärzte vor. In der Gesetzesbegründung wird insbesondere darauf hingewiesen, dass einrichtungsübergreifende Qualitätszirkel innerhalb eines organisierten und geplanten Prozesses die Daten der klinischen Krebsregister tumorspezifisch auswerten und beurteilen, Qualitätsdefizite aufdecken und die erforderlichen Maßnahmen durch kollegiales Voneinanderlernen anstoßen sollen. Dies wird in Baden-Württemberg in Qualitätskonferenzen umgesetzt.

Außerdem fordert das KFRG, dass durch den GKV-Spitzenverband Förderkriterien für die einzurichtenden klinischen Krebsregister festzulegen sind. In einem dieser Förderkriterien (4.01) ist vorgesehen, dass das Klinische Krebsregister die Qualitätskonferenzen initiiert und begleitet.

In Baden-Württemberg besteht das im KFRG geforderte Klinische Krebsregister aus der Klinischen Landesregisterstelle (KLR) in Einheit mit der Vertrauensstelle des Krebsregisters Baden-Württemberg. Im April 2014 wurde die Geschäftsstelle Qualitätskonferenzen (QualiKo) gemäß § 6 Abs. 3 LKrebsRG bei der KLR eingerichtet. Ihre Aufgabe ist es, die Qualitätskonferenzen zu initiieren und zu begleiten.

Durch den Beirat des Krebsregisters Baden-Württemberg wurden fünf Regionen in Baden-Württemberg definiert, in denen in regelmäßigem Turnus regionale Qualitätskonferenzen zu den verschiedenen Entitäten gemäß § 8 Abs. 1 LKrebsRG stattfinden (Abbildung 1). Die insgesamt 44 Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs sind gleichmäßig auf diese fünf Regionen aufgeteilt, sodass in jeder Region zwischen sieben und zehn Kreise zusammengefasst betrachtet werden.

Gemäß § 8 Abs. 4 LKrebsRG können bei seltenen Krebserkrankungen oder selten durchgeführten Therapien auch landesweite Qualitätskonferenzen durchgeführt werden.

Im Jahr 2015 starteten die regionalen Qualitätskonferenzen in Baden-Württemberg mit der Betrachtung viszeralonkologischer Tumoren. Dabei wurden Auswertungen zum kolorektalen Karzinom und zum Pankreaskarzinom besprochen und diskutiert. 2016 wurden die Auswertungen um Daten zum Speiseröhren- und Magenkrebs ergänzt. Zukünftig wird auch das Leberzellkarzinom mit in die Konferenzen aufgenommen werden.

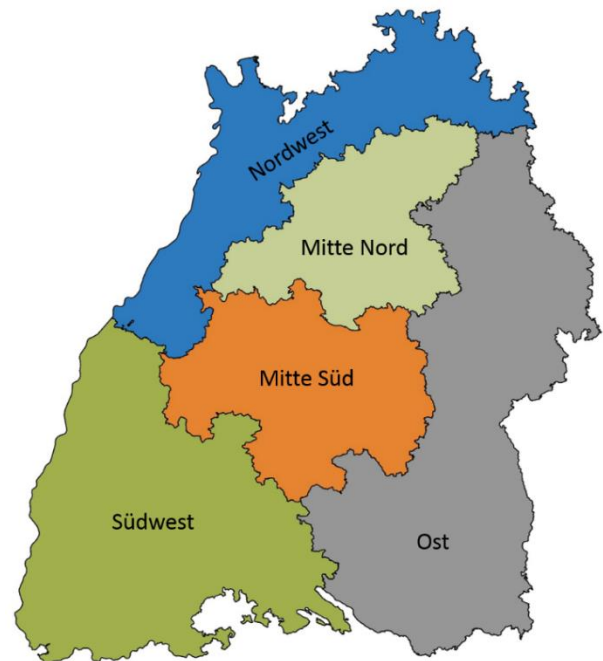


Abbildung 1: Regionen der fünf regionalen Qualitätskonferenzen in Baden-Württemberg

Im Juli 2017 wurde mit dem Lungenkarzinom die erste Auftaktveranstaltung einer landesweiten Qualitätskonferenz durchgeführt.

Im Herbst 2017 starteten die uroonkologischen regionalen Qualitätskonferenzen mit Auswertungen zum Prostata- und Harnblasenkarzinom. In diesem Jahr werden zusätzlich auch Auswertungen zum Nierenzellkarzinom in die Konferenzen eingebracht.

Regionale Qualitätskonferenzen zur gynäkologischen Onkologie fanden im Frühjahr 2018 zum ersten Mal statt. Es wurden neben den malignen Ovarialtumoren das Zervix- und das Mammakarzinom betrachtet.

In 2018 stehen noch Auftaktveranstaltungen zu weiteren Qualitätskonferenzen an – im Juli fand bereits eine landesweite Veranstaltung zum malignen Melanom statt und im Herbst wird das Mundhöhlenkarzinom im Rahmen eines Expertentreffens aufgegriffen.

Der 2017 publizierte, erste Landesqualitätsbericht Onkologie Baden-Württemberg befasste sich ausschließlich mit den viszeralonkologischen Tumoren. In diesem Jahr liegt der Schwerpunkt des Berichts auf der Uroonkologie. Ergänzend ist eine Kurzübersicht zu Daten der Visceralonkologie und des Lungenkarzinoms enthalten.

2 Instrumente der Qualitätskonferenzen

Der gesetzliche Auftrag zur Einrichtung und Durchführung von Qualitätskonferenzen wird im Landeskrebsregistergesetz definiert (§ 2 Abs. 3 LKrebsRG). So setzt die Geschäftsstelle Qualitätskonferenzen die für Maßnahmen der Qualitätssicherung erforderlichen Auswertungen um und stellt diese innerhalb von regionalen und landesweiten Qualitätskonferenzen zur Verfügung (§ 6 Abs. 3 LKrebsRG). Dabei werden zunächst wesentliche Daten zur jeweiligen Erkrankung innerhalb der Basisstatistik (z.B. Alters- und Geschlechtsverteilung) vorgestellt. Auswertungen zur Datenqualität beinhalten Einrichtungsvergleiche zu wesentlichen tumorspezifischen Angaben (z.B. Tumorformel nach TNM, Histologie). Weiterhin sind die in den jeweiligen S3-Leitlinien benannten Qualitätsindikatoren ein wesentlicher Bestandteil der Qualitätskonferenzen. Einrichtungsbezogen werden diese vorab ausgewertet und die Ergebnisse pseudonymisiert vorgestellt und diskutiert (§ 8 Abs. 3 LKrebsRG). In den (regionalen/landesweiten) Qualitätskonferenzen werden auch von Seiten der Teilnehmer aus den jeweiligen Fachkreisen immer wieder zusätzliche Analysen angeregt. Diese Hinweise werden evaluiert und finden über das Gremium der Landesqualitätskonferenz ihren Weg in zukünftige Qualitätskonferenzen.

Die Auswertungen unterstützen somit Aspekte der Qualität onkologischer Versorgung, welche sich anhand von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beurteilen lassen. Strukturqualität ist die grundlegende Voraussetzung für eine angemessene Behandlung. Sie lässt sich jedoch durch Krebsregisterdaten nicht evaluieren. Die Messung von Ergebnisqualität erfordert einen langen Beobachtungszeitraum. Aufgrund des „jungen Registers“ liegen diese Daten zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vor und können daher noch nicht ausgewertet werden. Prozessqualität lässt sich mit Hilfe von diversen Parametern messen, sogenannte Qualitätsindikatoren. Im Mittelpunkt stehen hierbei die Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinien des Leitlinienprogramms Onkologie. Die auswertbaren Indikatoren liefern wertvolle Hinweise auf die Versorgungsqualität aller meldenden Behandler durch einen Vergleich mit Soll-Vorgaben.

Im Rahmen der regionalen und landesweiten Qualitätskonferenzen können die Ursachen für auftretende Abweichungen (rechnerische Auffälligkeiten) analysiert und diskutiert werden. Es sei an dieser Stelle betont, dass nicht jede rechnerische Auffälligkeit und damit Abweichung vom Soll ein direkter Hinweis auf Qualitätsmängel bedeutet. Daher ist ein direkter Dialog mit allen am Behandlungsprozess Beteiligten wesentlich. Erst aus der gemeinsamen und korrekten Interpretation der Daten können daraufhin Maßnahmen

und Strategien zur Optimierung abgeleitet und entwickelt werden.

Im Nachgang zur Qualitätskonferenz können den meldenden Einrichtungen auf Wunsch die in die Auswertungen eingeschlossenen Fälle zurückgespiegelt werden (§ 6 Abs. 3 LKrebsRG). Auf diese Weise erfolgt eine stetige Plausibilisierung der Daten im Sinne eines Qualitätszyklus mit kontinuierlichem Verbesserungsprozess. Durch die Auswertung der leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren liefern klinische Krebsregister einen wichtigen Beitrag zum einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätsmanagement und fördern die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit (§ 8 Abs. 2 LKrebsRG).

Die Empfehlungen zur Behandlung und Evaluation der onkologischen Versorgung werden von den zuständigen medizinischen Fachgesellschaften zur jeweiligen Diagnose auf Basis der vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse formuliert und abgestimmt. Im Leitlinienprogramm Onkologie werden diese Richtlinien regelmäßig geprüft, überarbeitet, aktualisiert und veröffentlicht (www.leitlinienprogramm-onkologie.de). S3-Leitlinien haben einen besonderen Empfehlungscharakter für behandelnde Ärzte und beinhalten die medizinischen Entscheidungskriterien sowie detaillierte Aufbereitungen und Diskussionen aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Vorsorge, Behandlung und Nachbetreuung von Tumorerkrankungen. Ärztliche Entscheidungen können dennoch von diesen Empfehlungen abweichen, weil die konkrete klinische Situation eines Patienten und/oder mögliche neuere wissenschaftliche Erkenntnisse, die in den aktuell gültigen Leitlinien noch nicht berücksichtigt werden konnten, eine andere Behandlungsstrategie erfordern. Auf Grund der genannten Ausführungen ist eine vollständige Erfüllung der oben genannten Qualitätsindikatoren nicht grundsätzlich zu erwarten. Die Berechnung der Indikatoren mit den Daten des KRBW liefern jedoch wertvolle Hinweise auf die Versorgungsweise onkologischer Patienten. Die Auswertung der in diesen Leitlinien formulierten Qualitätsindikatoren stellt somit eine Möglichkeit der Qualitätskonferenzen dar, rechnerische Auffälligkeiten aufzuzeigen. Diese im Folgenden beschriebenen Auswertungen werden dazu genutzt, Einrichtungen hinsichtlich Ihrer Daten miteinander zu vergleichen. Neben dem Vergleich auf Einrichtungsebene können auch Vergleiche zwischen unterschiedlichen Regionen erfolgen. Letztlich sollen Auswertungen dieser Art unabhängig von der Ebene der Auswertung die Versorgungsqualität abbilden. Ergänzend bieten Fallbesprechungen im Rahmen der Qualitätskonferenzen die Möglichkeit, gezielt auf Abweichungen oder die Problematik der Leitlinienempfehlungen in Bezug auf einzelne Behandlungsfälle einzugehen.

2.1 Einrichtungsvergleiche

Optimierung von Versorgungsqualität kann stattfinden, indem die erhobenen Parameter zwischen den unterschiedlichen erbringenden medizinischen Einrichtungen verglichen werden. Mit der Aufbereitung der Leistungsdaten lassen sich ggf. rechnerische Auffälligkeiten zwischen den einzelnen Institutionen aufzeigen und damit eine Diskussion um Ursachen und Wirkung von Abweichungen initiieren. Im Rahmen der Qualitätskonferenzen wird mit den Einrichtungen gemeinsam der fachliche Dialog zur Verbesserung der Qualität der onkologischen Versorgung in Baden-Württemberg geführt. Dieser Benchmark erfolgt pseudonymisiert. Das bedeutet, dass jedes Haus seine eigenen Daten erkennen kann, die der anderen Einrichtungen jedoch nur anonym. Alle Einrichtungen erhalten auf diese Weise die Möglichkeit, sowohl zeitliche Veränderungen ihrer eigenen Leistungen zu verfolgen, als auch sich mit den anderen Einrichtungen (ohne Kenntnis der Zuordnung) zu vergleichen. In der Übersicht ergibt sich die Möglichkeit, Trends und Auffälligkeiten der Versorgung auf Einrichtungsebene darzustellen. Die Qualitätskonferenzen stellen durch die Diskussion über die Auswertungen ein wichtiges Instrument des ärztlichen kollegialen Dialogs dar, aus dem Behandlungsimplicationen zwischen Einrichtungen ausgetauscht werden und ggf. Implikationen für künftige Behandlungsstrategien oder Leitlinienanpassungen resultieren können. Die mit dem Einrichtungsvergleich entstehende Transparenz der onkologischen Versorgung ergänzt die bestehenden gesetzlichen Qualitätsberichte stationärer Einrichtungen und hat das Potenzial, intersektorale onkologische Versorgung (unabhängig ob stationärer oder ambulanter Bereich) bezogen auf einzelne Erkrankungsbilder und Untergruppen von erkrankten Patienten abzubilden und zu verbessern.

2.2 Regionale Vergleiche

Neben dem Vergleich der einrichtungsbezogenen Auswertungen der Registerdaten ist die Auswertung auf Ebene der regionalen Zugehörigkeit der Patienten eine weitere Möglichkeit der onkologischen Qualitätssicherung. Versorgungsqualität in der onkologischen Versorgung setzt das reibungslose Zusammenspiel unterschiedlicher Akteure des Gesundheitswesens unabhängig von der organisatorischen Eingliederung voraus. Für die Grundvoraussetzungen sind unterschiedliche Instanzen strategisch und planerisch verantwortlich. Hauptakteure sind das Land und die Selbstverwaltung der niedergelassenen Ärzte (Kassenärztliche Vereinigung). Die Qualitätskonferenzen nutzen den aggregierten Wohnortbezug auf Ebene des amtlichen Gemeindegemeinschafts der gemeldeten Erkrankungs- und Behandlungsfälle und können rechnerische Auffälligkeiten in der jeweiligen

regionalen Versorgungsanalyse aufzeigen. Die parallele Nutzung von Einrichtungs- und regionalen Vergleichen ermöglicht einen vielschichtigen Blick auf die Versorgungsqualität und bietet die Möglichkeit ganzheitlicher Ansätze im Bereich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität onkologischer Patienten in Baden-Württemberg.

2.3 Fallbesprechungen

Zur fachlichen Bereicherung und zur Förderung des ärztlichen Dialogs nutzen die Qualitätskonferenzen Fallbesprechungen, bei denen behandelnde Ärzte ausgewählte und besondere Fälle der onkologischen Versorgung vorstellen. Die zugrunde gelegten Entscheidungskriterien, mögliche Leitlinien- oder Literaturempfehlungen werden diskutiert und gemeinsam kritisch hinterfragt. Das Instrument ist im regionalen und geschützten Rahmen der Qualitätskonferenzen geeignet, die individuelle Entscheidungssituation am Patienten sowie Herausforderungen formaler und struktureller Gegebenheiten sachlich und konstruktiv zu diskutieren. Fallbesprechungen bieten somit einen Detailblick auf Behandlungssituationen, die im Rahmen aggregierter Auswertungen der Einrichtungs- und regionalen Vergleiche nicht möglich sind. Für eine facettenreiche Betrachtung der Versorgungsqualität und Ansätze der Verbesserung der Versorgung sind sie jedoch von großer Bedeutung.

2.4 Zielvereinbarungen

Im Verlauf von Qualitätskonferenzen bieten Zielvereinbarungen die Möglichkeit einer gemeinsamen Selbstverpflichtung der Teilnehmer. Der Zeithorizont bis zur angestrebten gemeinsamen Verbesserung wird festgelegt. Neben Zielen der Vollständigkeit und Einheitlichkeit der Dokumentation sind Zielvereinbarungen hinsichtlich einer Datenverbesserung betroffener Fälle möglich. Des Weiteren wurde beispielhaft vereinbart, weiterbehandelnde ärztliche Kollegen auf die gesetzliche Meldepflicht aufmerksam zu machen, um die Verläufe und Therapien im intersektoralen Versorgungsablauf vollständig und valide abbilden zu können. Durch die gemeinsame Verbesserung der Dokumentation, Datenqualität und möglichst vollständige Registrierung aller diagnostizierten Krebsfälle kann die Geschäftsstelle QualiKo jährlich verbesserte Auswertungen durchführen und Rückmeldungen an die landesweiten und regionalen Qualitätskonferenzen geben. Die Initiative für Zielvereinbarungen geht von Konferenzteilnehmern und der Geschäftsstelle QualiKo gleichermaßen aus. Zielvereinbarungen können Besonderheiten der regionalen Auswertungen berücksichtigen oder landesweite Zielsetzungen verfolgen. Sie sind daher ein konkretes und auf die künftige Verbesserung der Versorgung und Krebsregistrierung ausgelegtes Instrument der Qualitätskonferenzen.

3 Landesweite Auftaktveranstaltung der Qualitätskonferenz zum Lungenkarzinom

Im Juli 2017 startete die landesweite Qualitätskonferenz zum Lungenkarzinom mit einer Auftaktveranstaltung, die in Kooperation mit der Landesärztekammer Baden-Württemberg in der Klinik Schillerhöhe in Gerlingen durchgeführt wurde.

Bereits seit 2006 beschäftigte sich die Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung - operative Behandlung des Lungenkarzinoms“ der Landesärztekammer Baden-Württemberg mit dieser Thematik. Die wertvolle Arbeit der AG soll künftig im Rahmen der Qualitätskonferenzen fortgesetzt und weiterentwickelt werden. Um das zukünftige Vorgehen zu diskutieren, war der Teilnehmerkreis für diese Auftaktveranstaltung vorerst den Teilnehmern der AG vorbehalten. Zur Konferenz in diesem Jahr, die vorerst weiterhin auf Landesebene stattfinden wird, wird der Teilnehmerkreis auf alle an der Behandlung des Lungenkarzinoms Beteiligten ausgeweitet.

Mit ca. 20 ärztlichen Teilnehmern aus den Fachbereichen der Thoraxchirurgie und der Pneumologie wurden im Rahmen der Auftaktveranstaltung die Auswertungen der Krebsregisterdaten analysiert und diskutiert.

Mit der Veröffentlichung der neuen S3-Leitlinie zu Beginn des Jahres kamen einige neue Qualitätsindikatoren hinzu, die die molekularpathologische Untersuchung sowie die Therapie bei vorliegenden Mutationen und Translokationen beschreiben. Die für die Berechnung benötigten Datenfelder sind nicht im bundesweiten ADT/GEKID-Basisdatensatz enthalten und ein organspezifisches Modul zum Lungenkarzinom wurde bisher noch nicht veröffentlicht. Damit bleiben vier der insgesamt acht Qualitätsindikatoren der neuen S3-Leitlinie im KRBW auswertbar. QI 5 bezieht sich dabei auf die prätherapeutische Vorstellung von Patienten in Stadium IVA in einer Tumorkonferenz. Da dieser Indikator erst seit der Umstellung auf den neuen Datensatz abbildbar ist, kann eine Auswertung des QIs erst zum Diagnosejahr 2017 vollständig erfolgen. Gleiches gilt für den ECOG (Performance-Status der Eastern Co-operative Oncology Group), der den Leistungszustand von Krebspatienten beschreibt. Einige Qualitätsindikatoren beziehen sich konkret nur auf Patienten mit einem bestimmten Leistungszustand. Diese Angabe ist ebenfalls erst seit der Umstellung auf den ADT/GEKID-Basisdatensatz möglich und kann daher momentan noch nicht für die Auswertungen herangezogen werden.

Darüber hinaus weist der Datensatz weitere Einschränkungen auf:

Die Robinson-Klassifikation, die bei Vorliegen eines N2-Status im Stadium IIIA eine Einteilung in vier Subgruppen vorgibt, kann über den ADT/GEKID-Datensatz nicht abgebildet werden. Über das Datenfeld „weitere Klassifikationen“ könnte diese Angabe theoretisch ergänzend an das KRBW übermittelt werden. Eine Auswertung dieses Datenfeldes zeigt jedoch, dass dazu Angaben faktisch nicht vorliegen. Aus diesem Grund müssen die Auswertungen an dieser Stelle modifiziert und das komplette Stadium IIIA betrachtet werden.

Da die betrachteten Diagnosejahre 2012 bis 2015 noch in den Gültigkeitsbereich der abgelaufenen Leitlinie aus dem Jahr 2010 fallen, wird zusätzlich der Qualitätsindikator (QI) 6 dieser S3-Leitlinie aus 2010 ausgewertet. Die übrigen auswertbaren QIs finden sich auch in der neuen Leitlinie wieder.

Für die ausgewerteten Diagnosejahre liegen im Krebsregister 17.387 Tumoren in der Lunge vor (Datenstand: 06/2017). Etwa 90% der gemeldeten Operationen mit dem ICD-10-Code C34 wurden von OSPs und Tumorzentren übermittelt.

Auch bei Einführung der Qualitätskonferenz zum Lungenkarzinom steht zu Beginn die Datenqualität im Vordergrund. Dabei fällt auf, dass die Auswertungen bereits eine im Vergleich zu anderen Tumorentitäten gute bis sehr gute Datenqualität zeigen. Beispielhaft ist dies am Anteil der stadiengruppierbaren Fällen zu sehen, die mit durchschnittlich 88% erfreulich hoch ist (Abbildung 2).

Zur Ermittlung der Stadiengruppierbarkeit ist neben einer korrekten TNM-Angabe, die Angabe einer spezifischen Histologie notwendig. Der Anteil dieser Meldungen hat sich über den Beobachtungszeitraum kontinuierlich von 77% auf 85% erhöht (Abbildung 3).

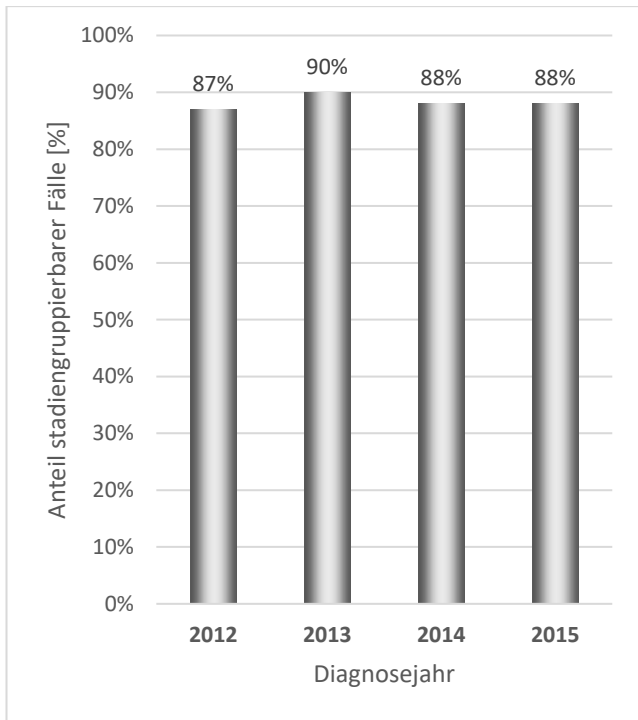


Abbildung 2: Anteil der stadiengruppieren Fälle bei Lungenkarzinomen (ICD-10: C34) im Jahresvergleich von 2012 bis 2015

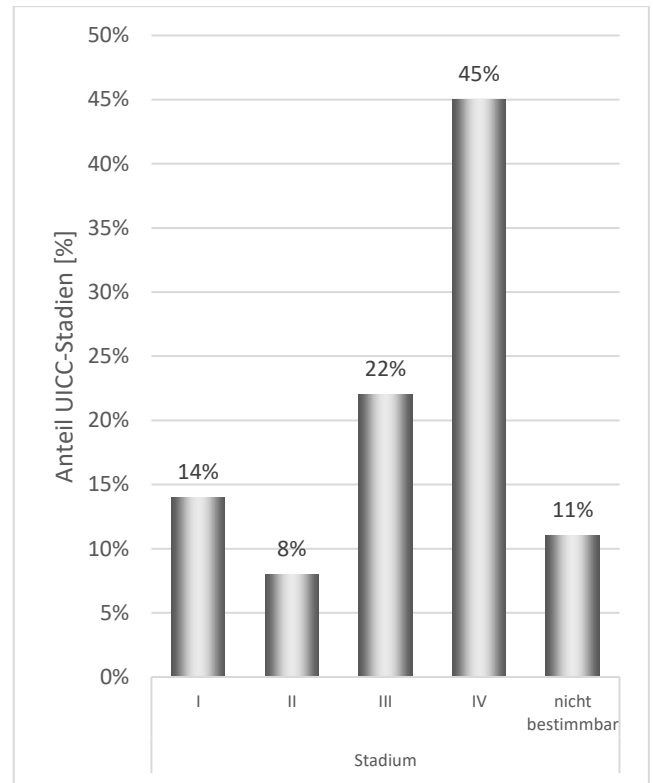


Abbildung 4: Häufigkeitsverteilung der UICC-Stadien bei Lungenkarzinomen (ICD-10: C34)

Abbildung 4 zeigt die Stadienverteilung der zwischen 2012 und 2015 diagnostizierten Lungentumoren. Ein Vergleich dieser Verteilung mit Daten auf Bundesebene zeigt keine Auffälligkeiten.

Die Fortführung der Qualitätskonferenz zum Lungenkarzinom wird vorerst weiterhin auf Landesebene stattfinden.

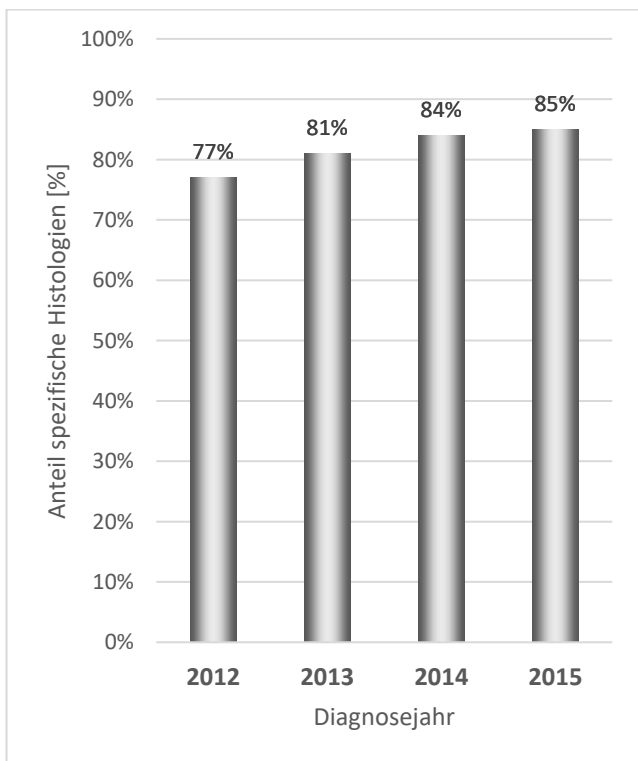


Abbildung 3: Anteil der spezifischen Histologien Fälle bei Lungenkarzinomen (ICD-10: C34) im Jahresvergleich von 2012 bis 2015

4 Viszeralonkologische Qualitätskonferenzen

In den Jahren 2015 bis 2017 haben sich die viszeralonkologischen Qualitätskonferenzen auf regionaler Ebene in ganz Baden-Württemberg fest etabliert. Mit der neu hinzukommenden Tumorentität der hepatozellulären Karzinome geht die Viszeralonkologie im Jahr 2018 in die vierte Runde. Im Herbst dieses Jahres werden allen Meldern die eigenen Daten im Einrichtungsvergleich innerhalb ihrer Region bzw. im landesweiten Vergleich (Ösophagus-, Magen-, und hepatozelluläre Karzinome) zur Verfügung gestellt. In diesem Kapitel wird für kolorektale Karzinome (ICD-10: C18-C20) ein

Ausschnitt der aktuellen Datenqualität der Diagnose- und Therapiemeldungen (OP-Meldungen) vorgestellt. Die Auswertungen beziehen sich auf die Datenqualität der stationären Einrichtungen in den fünf Regionen. Bezugszeitraum sind die Erstdiagnosejahre 2012 bis 2015 (nur Bevölkerung Baden-Württemberg). In die Auswertungen fließen die Meldungen aller stationären Einrichtungen ein, die mindestens eine Diagnosemeldung zu kolorektalen Karzinomen übermittelt haben. Leistungen, die durch Melder gemeldet wurden, die diese Leistung nicht selbst erbracht haben (sogenannte extern erbrachte Leistungen), wurden ausgeschlossen.

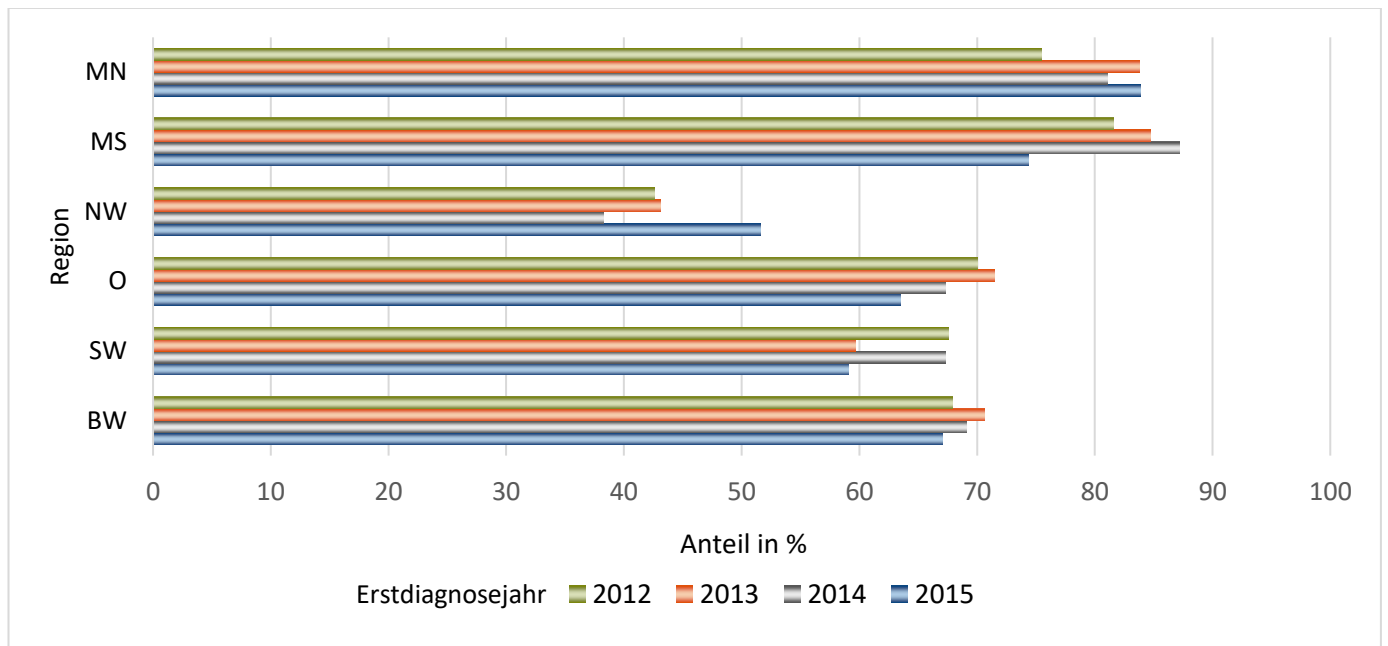


Abbildung 5: Anteil stadiengruppierter Diagnosemeldungen (ICD-10: C18-C20)

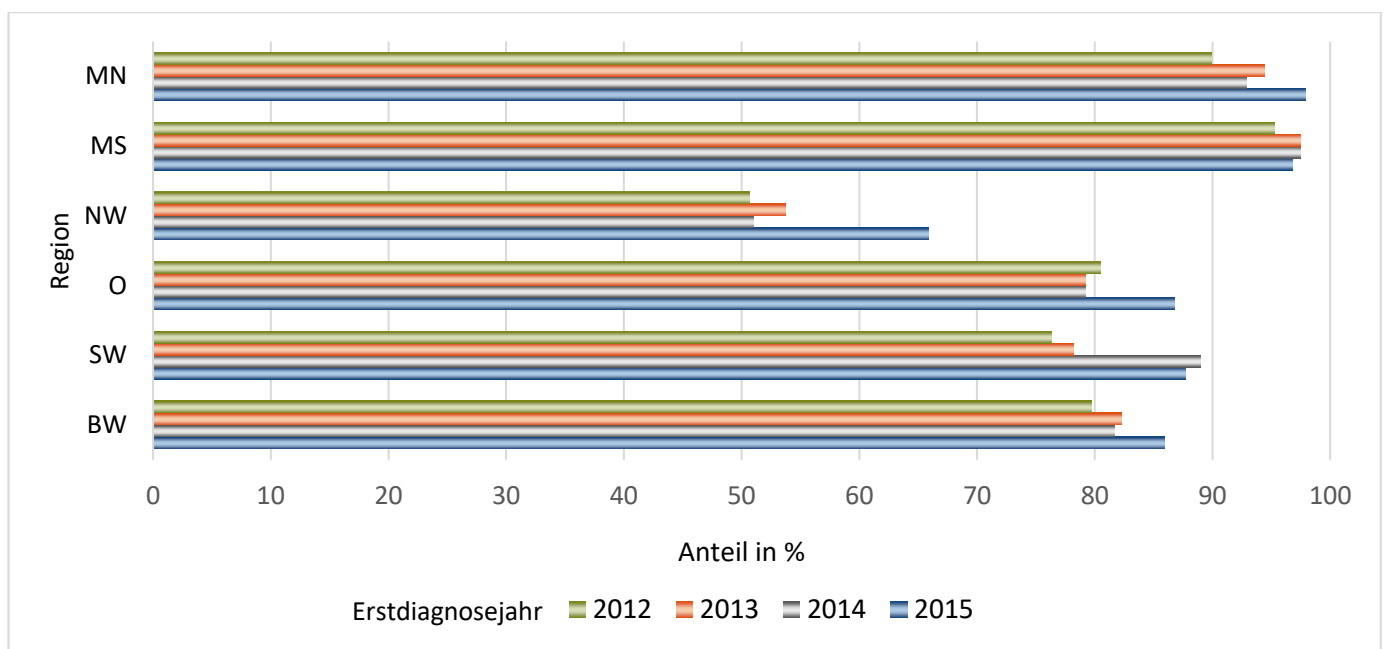


Abbildung 6: Anteil spezifischer OP-Meldungen mit R-Angabe (ICD-10: C18-C20)

Bei Therapiemeldungen werden nur spezifische OPs betrachtet, bei denen eine R-Angabe zu erwarten ist.

Abbildung 5 zeigt den Anteil stadiengruppierter Diagnosesmeldungen für kolorektale Karzinome. Im Mittel über alle Regionen liegt der Anteil bei 68% (2012: 67%, 2013: 69%, 2014: 68% und 2015: 67%). Der Anteil an OP-Meldungen mit Angabe der R-Klassifikation konnte erhöht werden und beträgt im Durchschnitt 82% (2012: 79%, 2013: 81%, 2014: 82% und 2015 87%) (Abbildung 6).

Zu einer guten Datenqualität gehört neben der vollständigen Meldung auch die zeitnahe Übermittlung der Daten.

Das KRBW erwartet aufgrund gesetzlicher Vorgaben Meldungen spätestens zum Folgequartal nach Eintreten des meldepflichtigen Ereignisses. Daraus ergibt sich eine Zeitspanne von maximal sechs Monaten bis zur Meldung. Abbildung 7 und Abbildung 8 zeigen die Zeitspanne zwischen Diagnosedatum und Meldung bzw. OP-Datum und Meldung in Monaten. Für gesamt Baden-Württemberg ergibt sich ein Median von 7 Monaten (Spannweite 0-67 Monate) für die Übermittlung einer Diagnosemeldung und ein Median von 5 Monaten (Spannweite 0-55 Monate) für die Meldung der OP bei kolorektalen Karzinomen. Dabei gibt es regionale Unterschiede.

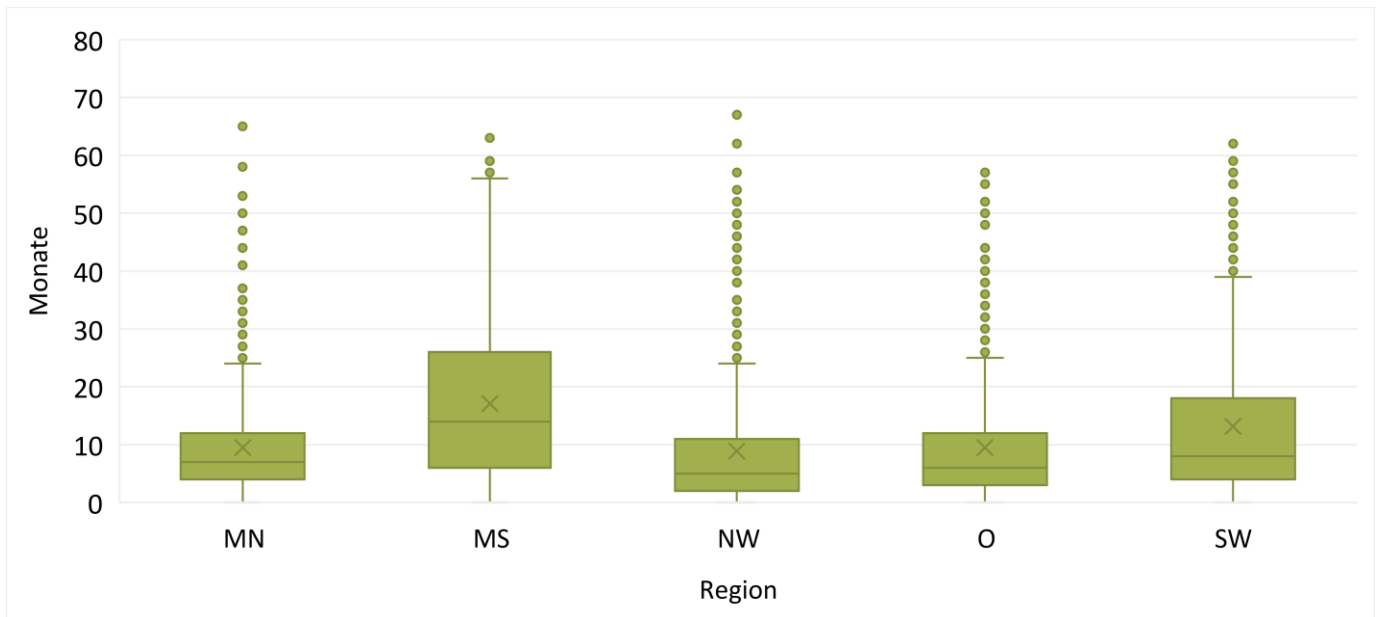


Abbildung 7: Zeitdifferenz zwischen Diagnosedatum und Meldedatum bei Fällen zu kolorektalen Karzinomen (ICD-10: C18-20) (Erstdiagnose 2012-2015)

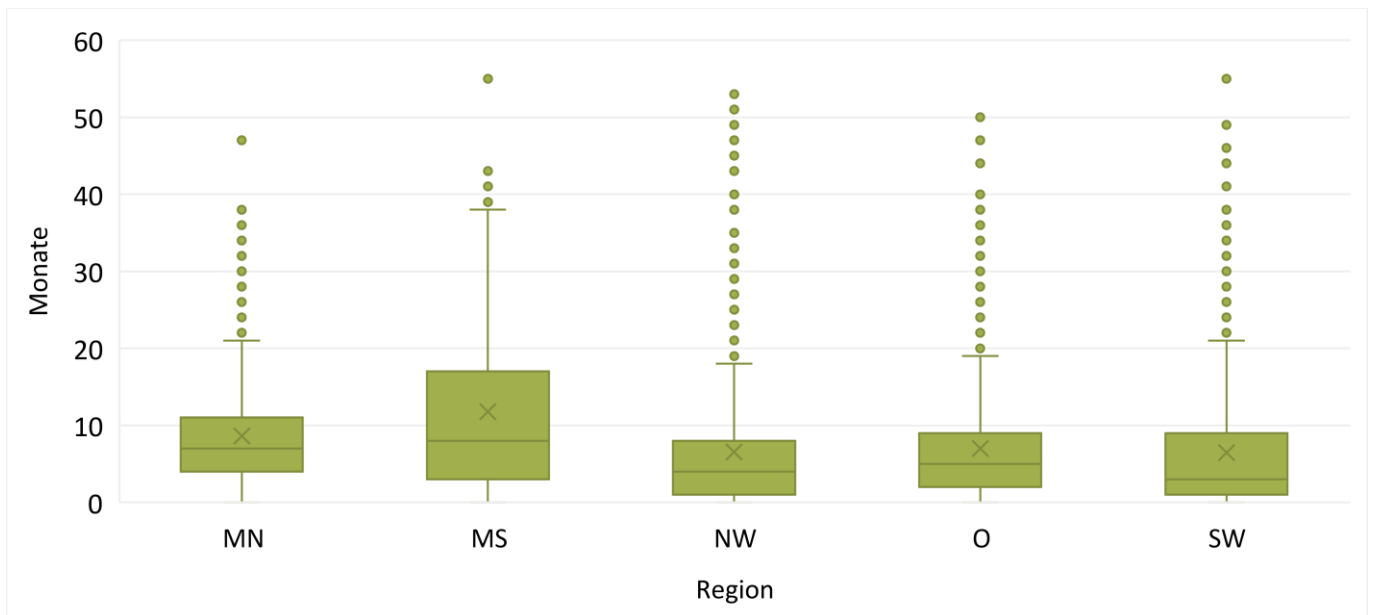


Abbildung 8: Zeitdifferenz zwischen OP-Datum und Meldedatum bei Fällen zu kolorektalen Karzinomen (ICD-10: C18-20) (Erstdiagnose 2012-2015)

5 Gastbeitrag zur internen Qualitätssicherung

Qualitätsgesicherte Einführung roboterassistierter Prostatachirurgie am Beispiel eines kommunalen Prostatakarzinomzentrums mit mittlerem Patientenaufkommen

Pfaff, Tillmann

Urologische Klinik, Kreiskliniken Reutlingen

Neben der offenen sowie der laparoskopischen ist die robotisch assistierte radikale Prostatektomie ein mögliches Verfahren zur Durchführung einer radikalen Prostatektomie. Dabei wird das laparoskopische Verfahren mittels eines Operationsroboters unterstützt. Diese Methode ist aufgrund der technischen und logistischen Anforderungen an das OP-Team und den Operateur im Verhältnis zur offenen retropubischen radikalen Prostatektomie als komplex anzusehen. Die Einführung solcher innovativen Technologien bedarf der begleitenden Qualitätssicherung. Ein wesentlicher Aspekt ist dabei in wieweit der Tumor möglichst vollständig entfernt werden kann. Dies lässt sich mit der sogenannten R0-Resektionsrate beschreiben. Dabei versteht man unter R0, dass kein Resttumor nach dem Eingriff mehr vorhanden ist, unter R1 versteht man im Gegensatz dazu, dass der Tumor nur inkomplett entfernt wurde.

Im Klinikum am Steinenberg in Reutlingen wird das robotische DaVinci® System seit 2011 eingesetzt. Als erste qualitätssichernde Maßnahmen wurden intermittierende Trainingseinheiten durch Robotik-erfahrene Operateure (Proktoren), sowie externe Hospitationen des bereits erfahrenen Operateurs durchgeführt. Mit der Beschränkung der möglichen Operateure konnte eine konzentrierte Erfahrungssammlung erfolgen, die für den Behandlungserfolg wesentlich ist. Die Evaluation fand zwischen 2012 und 2016 statt. Ausschlusskriterien für die roboterassistierte Technologie sind wegen der perioperativen Kopftieflagerung (Trendelenburg-Lagerung) eine schlechte Lungenfunktion und ein bekanntes Engwinkelglaukom. Mit einer solchen Selektion konnte das generelle perioperative Risiko eines solchen Eingriffs potentiell reduziert werden. Die 256 operierten Fälle umfassten 65% lokal begrenzte (166 Fälle pT2) und 35% lokal fortgeschrittene histopathologisch gesicherte Prostatakarzinome (90 Fälle pT3).

Die Ergebnisse der fünfjährigen Evaluationsperiode zeigen insgesamt eine R0-Resektionsrate von 83% (212 Patienten).

Getrennt nach Ausdehnung des Tumors ergibt sich bei den pT2 Tumoren ein Anstieg der R0-Resektionsrate von 88% im Jahre 2012 auf 100% in den Jahren 2015 und 2016. Die durchschnittliche R1-Resektionsrate lag im 5-Jahres-Durchschnitt bei 5%. Bei den pT3 Tumoren stieg die R0-Resektionsrate von 43% in 2012 auf 80% in 2016. Die durchschnittliche R1-Resektionsrate lag hier im 5-Jahres-Durchschnitt bei 38%. 87 der 256 Patienten wurden nervenerhaltend operiert. Hierbei wird unter Schonung des für die Potenz und Kontinenz wichtigen Gefäß-Nervenbündels, welches an der Prostatakapsel anliegt, operiert. Der Nervenerhalt wurde intraoperativ schnellschnitt-gesteuert durchgeführt. Es zeigte sich bei 10 Patienten ein R1-Befund im intraoperativen histopathologischen Schnellschnitt, nach Entfernung des Gefäß-Nervenbündels waren alle Patienten als R0 klassifiziert, also als tumorfrei zu werten.

Analoge Untersuchungen des Patientenoutcomes aus großen robotischen Zentren mit einem Patientenkollektiv zwischen 300 und 1.500 Patienten [Mottrie et al. 2011] z.B. des Global Robotics Institute in Florida [Patel et al. 2005] zeigen ähnliche Ergebnisse. Die durchschnittliche R0 Rate lag hier bei 79,2%. Bei den pT2 Tumoren wurde eine durchschnittliche R0 Rate von 92%, bei den pT3 Tumoren bei 56% beschrieben [Mottrie et al. 2011].

Die steile Lernkurve konnte v.a. durch die Begleitung von Proktoren, des intermittierenden Trainings sowie der Einschränkung der potentiellen Operateure erreicht werden. Eine engmaschige Dokumentation und Evaluation weiterer Behandlungsschritte ist bei der Einführung von Innovationen in der uroonkologischen Tumorthherapie unerlässlich und sichert die Versorgungsqualität unabhängig von der Größe eines Organkrebszentrums.

Literatur:

MOTTRIE A, DE NAEYER G, NOVARA G UND FICARRA V (2011). Robotic radical prostatectomy: a critical analysis of the impact on cancer control. *Current Opinion in Urology*. 21(3). 179-184.

PATEL VR, TULLY AS, HOLMES R UND LINDSAY J (2005). Robotic radical prostatectomy in the community setting – The learning curve and beyond: Initial 200 cases. *The Journal of Urology*. 174(1). 269-272.

6 Uroonkologische Qualitätskonferenzen in Baden-Württemberg

2017 starteten in Baden-Württemberg die ersten regionalen Qualitätskonferenzen innerhalb der Uroonkologie. Im Fokus standen Auswertungen zum Prostatakarzinom und zum Harnblasenkarzinom. Diese wurden aus den klinischen Krebsregisterdaten des Krebsregisters Baden-Württemberg bereitgestellt und vorgestellt. Angesprochen waren vor allem Ärzte, die an der Behandlung beteiligt sind sowie medizinische Dokumentare, die Daten zu diesen Krebserkrankungen an das KRBW übermitteln.

Betrachtet wurden zum einen Basisdaten wie Stadienverteilung und Angaben zur Tumorhistologie, die Aussagekraft der übermittelten Angaben sowie Ergebnisse zu den in den S3-Leitlinien beschriebenen Qualitätsindikatoren. Ziel ist es, die Ergebnisse pseudonymisiert in Form regionaler einrichtungs- und wohnortbezogener Vergleiche darzustellen. Auf dieser Grundlage kann in Zukunft eine weitere Verbesserung der regionalen Versorgung von Krebspatienten erreicht werden, indem gezielt Maßnahmen aus den Analysen abgeleitet werden.

In den fünf Regionen Baden-Württembergs nahmen über 80 Teilnehmer – Ärzte in leitender Position, niedergelassene Ärzte, Mitarbeiter des Qualitätsmanagements und medizinische Tumordokumentare – an den Qualitätskonferenzen teil. Die Inhalte der Konferenzen bezogen sich auf Diagnosen aus den Jahren 2012 bis 2015 und die zugehörigen medizinischen Daten.

Die Veranstaltungen wurden jeweils durch einen Vortrag zu den internen Abläufen im Krebsregister eröffnet. Der aktuelle Stand der uroonkologischen Versorgung wurde in jeder Region dargestellt, um einen Überblick über die Versorgungsstruktur zu geben und auch den Melderbezug im Zusammenhang zum klinischen Krebsregister darzustellen.

Im Vordergrund stand in der Auftaktveranstaltung der uroonkologischen Qualitätskonferenzen der Themenbereich Datenqualität und die Verfügbarkeit relevanter Daten, die für die Auswertung der Qualitätsindikatoren gemäß S3-Leitlinie erforderlich sind. Hierzu wurde in diesem Jahr die Versorgungssituation uroonkologischer Patienten auf Landkreisebene dargestellt und pseudonymisierte Einrichtungsvergleiche wurden durchgeführt. Durch Fallvorstellungen der an der Konferenz teilnehmenden Ärzte konnte ein konkreter Zusammenhang zu den Ergebnissen der Krebsregisterdaten geschaffen werden, der in den nächsten Jahren weiter im Fokus stehen wird.

Bis zum nächsten Jahr bestehen die Ziele, die Datenqualität weiter zu verbessern und weiterhin engagierte Ärzte für die Mitwirkung innerhalb der uroonkologischen Qualitätskonferenzen zu gewinnen, um die Krebsregisterdaten zum Wohle einer qualitätsgesicherten onkologischen Patientenversorgung zu nutzen. Weiterhin werden zusätzliche relevante urologische Tumoren in die Qualitätskonferenz aufgenommen, beginnend mit dem Nierenzellkarzinom in den nächsten Qualitätskonferenzen im Herbst 2018.

Das Hauptanliegen der Auftaktveranstaltungen lag vor allem darin, die Möglichkeiten der Qualitätskonferenzen aufzuzeigen, den sektorenübergreifenden innerärztlichen Dialog einzuleiten und die gemeinsame Weiterentwicklung für die nächsten Jahre abzustimmen.

6.1 Uroonkologische Versorgungsstruktur und Erfassungsgrad

Die Versorgung der uroonkologischen Patienten wird durch niedergelassene Ärzte und stationäre Einrichtungen sichergestellt. In Diagnose, Therapie und Nachbetreuung der malignen urologischen Erkrankungen ist stets eine sektorenübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Urologen, (Hämato-/) Onkologen, Strahlentherapeuten und weiteren medizinisch-therapeutischen Berufs- und Fachgruppen notwendig. Eine zügige Verfügbarkeit von therapeutischen und beratenden Einrichtungen und Anlaufstellen ist für die Qualität der Versorgung entscheidend. In den regionalen Qualitätskonferenzen 2017 wurde die uroonkologische Versorgungsstruktur in Baden-Württemberg auf Basis des Landeskrankenhausplans und dem Verzeichnis der kassenärztlichen Vereinigung (KV) aufbereitet. In der Abbildung 9 ist die Versorgungsstruktur durch stationäre Einrichtungen (als Haupt- oder Belegabteilung) und ambulante Betriebsstätten dargestellt. Zu den ambulanten Betriebsstätten zählen urologische Einzel- und Gemeinschaftspraxen, Berufsausübungsgemeinschaften mit mindestens einem Urologen, Medizinische Versorgungszentren mit urologischem Facharztsitz (KV) und Krankenhäuser mit ermächtigten, ambulant tätigen Ärzten. Jede Betriebsstätte wird unabhängig von der Anzahl der darin tätigen Urologen oder der Anzahl der (KV-)Arztsitze nur einmal gezählt – dies zeigt die Zahl der ambulanten Anlaufpunkte für urologische Patienten in Baden-Württemberg. Die ambulanten hämato-/onkologischen und strahlentherapeutischen Einrichtungen sind ebenfalls flächendeckend vorhanden, werden jedoch nicht abgebildet.

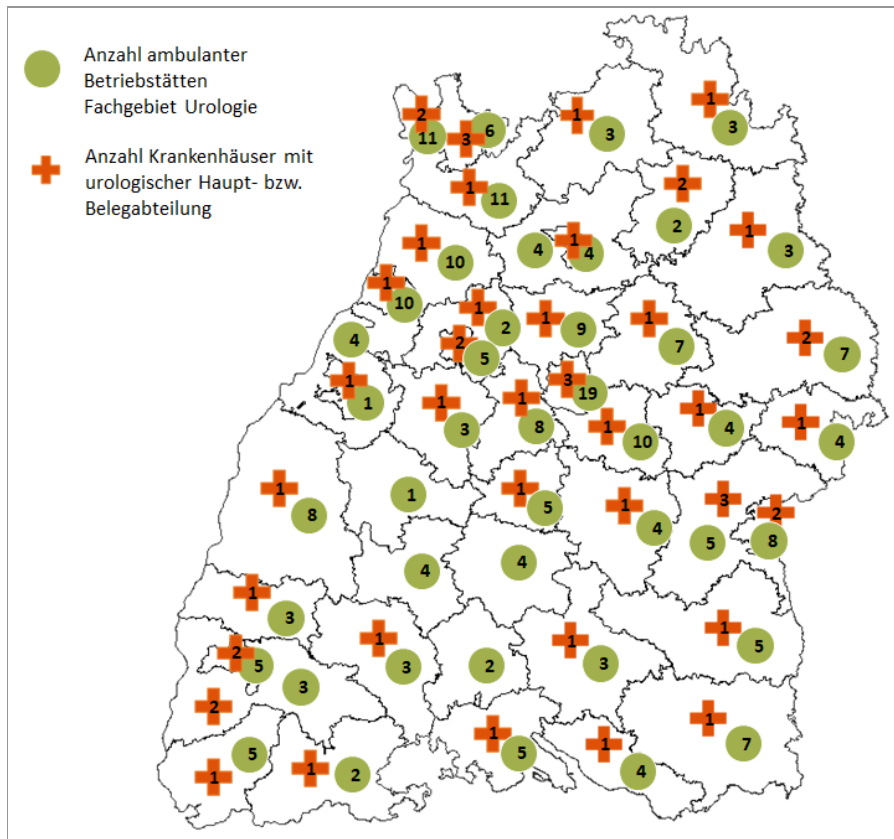


Abbildung 9: Versorgungsstruktur Urologie Baden-Württemberg (Stand 09/2017)

Die dargestellten Landkreise sind hinsichtlich Bevölkerungsdichte sehr heterogen. Eine Übersicht der Bevölkerungszahlen und Fläche nach Stadt- bzw. Landkreis ist in Tabelle 9 (Anhang) bereitgestellt. Dadurch lässt sich die unterschiedliche Anzahl stationärer und ambulanter Einrichtungen besser interpretieren. Bestehende Heterogenität hinsichtlich Alter und Geschlechtszusammensetzung der Bevölkerung bedeutet unterschiedliche Erkrankungshäufigkeiten je 100.000 Einwohnern in den Stadt- und Landkreisen. Dies wird bei den folgenden Berechnungen des Erfassungsgrades berücksichtigt.

Grundlage für Analysen zur Versorgungsqualität in der Krebsbehandlung in Baden-Württemberg ist die möglichst vollständige Erfassung und Registrierung aller neuen Erkrankungsfälle und Therapie- bzw. Verlaufsmeldungen. Die Kennzahl zur Messung der Vollständigkeit ist der Erfassungsgrad. Für die Berechnung des Erfassungsgrades wird die registrierte Anzahl an Neuerkrankungen ins Verhältnis zu den erwarteten Fallzahlen gesetzt, die regelmäßig vom Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) am Robert Koch-Institut (RKI) für die einzelnen Bundesländer berechnet werden. Diese vorläufigen Erwartungswerte werden pro Altersgruppe, Geschlecht und Jahr zur Verfügung gestellt, wodurch Unterschiede in der Altersverteilung berücksichtigt werden. Ziel der gesetzlichen Landeskrebsregistrierung ist ein Erfassungsgrad von mindestens 90%; erst dann können valide

Aussagen über die Patientenversorgung getroffen werden. In den folgenden Abbildungen wird dies durch eine dunkelgrüne Färbung hervorgehoben. In Landkreisen mit roter Färbung sind maximal 60% der erwarteten Fälle im Krebsregister dokumentiert.

Im Folgenden ist der Erfassungsgrad des Erstdiagnosejahres 2014 (ED 2014) dargestellt, ohne jene Fälle, die dem Krebsregister nur durch Todesbescheinigungen bekannt sind (DCO-Fälle: death certificate only). Fehlerhafte Meldungen wurden für diese Auswertungen ausgeschlossen.

Nachfolgend ist der Erfassungsgrad für Prostata- (ICD-10: C61) und Harnblasenkarzinome (ICD-10: C67) auf Ebene der Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg kartografisch dargestellt (Datengrundlage: Diagnosemeldungen bis 28.03.2018 mit Erstdiagnose im Jahr 2014). Die dargestellten Grafiken zeigen jeweils den Erfassungsgrad ohne Einbezug der separat erfassten Pathologiemeldungen und unter Einbezug von Pathologiemeldungen, nach Wohnort des Patienten. Dadurch lassen diese Abbildungen keinen Rückschluss auf die in einem Kreis behandelnden Ärzte oder ansässigen Pathologen zu.

Das LKrebsRG sieht für jeden Krebsfall eine Diagnosemeldung und Therapie- und Verlaufsmeldungen durch den behandelnden Arzt sowie ergänzende Meldungen von Pathologen vor. Die registrierten Fälle stammen somit einerseits

aus Diagnosemeldungen von Tumorzentren, Onkologischen Schwerpunkten, Krankenhäusern oder niedergelassenen Ärzten und andererseits aus Meldungen von Pathologen. Zur möglichst vollständigen Datenerfassung werden daher ergänzende Meldungen von Pathologen mit den klinischen Meldungen abgeglichen und ggf. ergänzt. Die grafischen Darstellungen zeigen jedoch, dass dem Register einige Fälle ausschließlich über Pathologiemeldungen bekannt sind und somit noch nicht alle erforderlichen klinischen Meldungen vorliegen.

Für Baden-Württemberg beträgt der Erfassungsgrad beim Prostatakarzinom mit Erstdiagnose im Jahr 2014 ohne die Pathologiemeldungen 82% (Abbildung 10). Unter Einbezug der vorliegenden Pathologiemeldungen erhöht sich dieser auf 102% (Abbildung 11). Dies bedeutet, dass die Anzahl der der gemeldeten Fälle in Baden-Württemberg bei Prostatakrebs in etwa in dem Bereich liegen, der anhand bundesdeutscher Referenzwerte zu erwarten gewesen ist. Das KRBW verwendet die Schätzung hauptsächlich, um eventuelle Meldungslücken im Bundesland zu identifizieren.

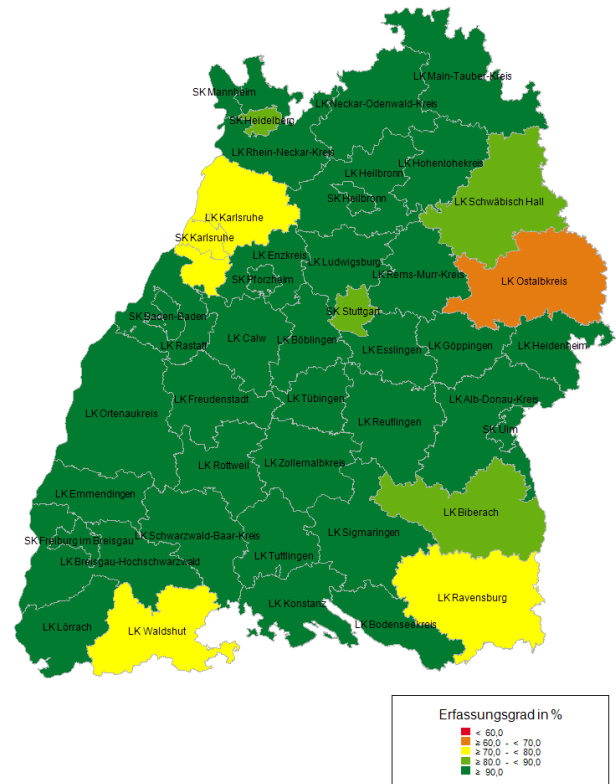


Abbildung 11: Erfassungsgrad Prostatakarzinom (ICD-10: C61) mit Pathologiemeldungen, ED 2014 (EKR; Stand: 28.03.2018)

Erfreulich ist, dass immer mehr Landkreise den 90%igen Erfassungsgrad erreichen. So konnten beim Prostatakarzinom zwischen August 2017 und März 2018 vier weitere Landkreise bei der Betrachtung mit Pathologiemeldungen die 90%-Grenze überschreiten.



Abbildung 10: Erfassungsgrad Prostatakarzinom (ICD-10: C61) ohne Pathologiemeldungen, ED 2014 (EKR; Stand: 28.03.2018)

Die nachfolgenden Abbildungen stellen den Erfassungsgrad bei diagnostizierten Harnblasenkarzinomen im Diagnosejahr 2014 nach Wohnort dar.

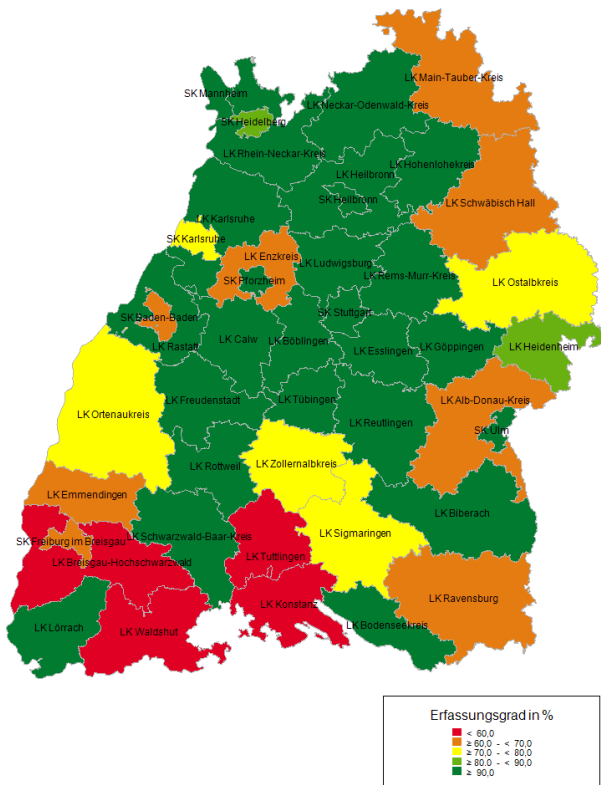


Abbildung 12: Erfassungsgrad Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67) ohne Pathologiemeldungen, ED 2014 (EKR; Stand: 28.03.2018)

Für Baden-Württemberg beträgt der Erfassungsgrad beim Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67) mit Erstdiagnose im Jahr 2014 ohne die Pathologiemeldungen 105% (Abbildung 12). Dabei ist es sehr erfreulich, dass zwischen August 2017 und März 2018 neun weitere Stadt-/Landkreise den 90%igen Erfassungsgrad ohne Hinzuziehung der Pathologiemeldungen erreichen konnten.

Abbildung 13 bezieht zusätzlich durch vorliegende Pathologiebefunde identifizierte Erstdiagnosen ein. Hier erhöht sich dieser unter Einbezug der vorliegenden Pathologiemeldungen auf 124%. Da das Harnblasenkarzinom zu den selteneren Tumorerkrankungen zählt und es sich daher oftmals um kleine regionale Fallzahlen handelt, steigen die prozentuale Anteile bei geringer Zunahme der Fallzahlen schnell an und müssen mit großer Vorsicht betrachtet werden.

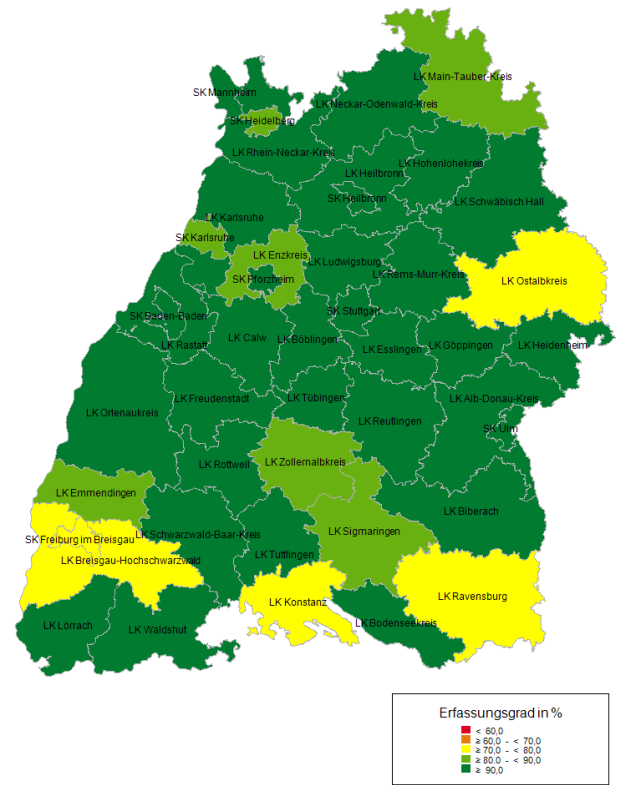


Abbildung 13: Erfassungsgrad Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67) mit Pathologiemeldungen, ED 2014 (EKR; Stand: 28.03.2018)

Es muss betont werden, dass es Patienten gibt, die weder durch Tumorzentren, Onkologischen Schwerpunkte oder Krankenhäuser noch durch niedergelassene Ärzte an das KRBW gemeldet werden. Die notwendige Aussagekraft erreichen die Daten eines Registers erst, wenn mindestens 90% der Patienten erfasst sind. Dieser Anteil wird in manchen Stadt- und Landkreisen nur durch die Pathologiebefunde erreicht. Klinische Diagnosemeldungen sind für die Therapieintention im Klinikalltag und für das Krebsregister für zukünftige Auswertungen zur Behandlungsqualität jedoch unabdingbar.

6.2 Prostatakarzinom

Aktuellen Zahlen des RKI zufolge ist das Prostatakarzinom (ICD-10: C61) in Deutschland mit 57.400 Neuerkrankungen die häufigste bei Männern auftretende maligne Erkrankung im Jahr 2014. Das mittlere Erkrankungsalter wird vom RKI mit 72 Jahren ausgewiesen. Die altersstandardisierte Inzidenz liegt 2014 bei 93 Erstdiagnosen je 100.000 Einwohner (Altersstandardisierte Inzidenz: mögliche regionale Schwankungen in der Altersstruktur werden berücksichtigt) (RKI, 2017).

In seiner Prognose für das Jahr 2018 erwartet das RKI 60.700 Neuerkrankungen in Deutschland. Für 2013/2014 wird eine relative 5-Jahres-Überlebensrate von 91% (10-Jahres-Überlebensrate: 90%) ausgewiesen. Mit 13.704 Sterbefällen im Jahr 2014 ist das Prostatakarzinom die dritthäufigste tumorbedingte Todesursache bei Männern in Deutschland (RKI, 2017). Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes gibt das Sterbealter bei Einwohnern mit Prostatakarzinom für das Jahr 2013 (2015) mit durchschnittlich 78,9 Jahren (79,7 Jahren) an (GBE, 2017).

Im Folgenden werden die im KRBW vorliegenden Meldungen zu Prostatakarzinomen dargestellt und aufbereitet. Nach einer Übersicht über vorliegende Meldungen und über das Meldeverhalten der versorgenden Einrichtungen werden auf Basis der vorliegenden S3-Leitlinie der behandelnden Fachgesellschaften Qualitätsindikatoren berechnet und auf Landesebene ausgewiesen. Die Analysen beinhalten stets von der Leitlinie definierte Subgruppen der Patienten mit Prostatakarzinomen.

Eine Besonderheit der folgenden Auswertungen zur Versorgung bei Prostatakarzinomen liegt in der Einteilung der Tumoren in Risikogruppen. Die erfolgten Datensatzanpassungen der Jahre 2016 und 2018 werden in Zukunft eine sichere Einteilung der Risikogruppen innerhalb der hier betrachteten Entitäten ermöglichen.

Weitere Herausforderungen bei der Auswertung der Meldungen zum Prostatakarzinom sind die eingeschränkten klinischen Empfehlungen zur Vollständigkeit des Stagings. Bei Patienten mit kleinen Tumoren der Prostata und einem niedrigen histopathologischen Risikoprofil soll gemäß der Leitlinienempfehlung kein vollständiges Staging durchgeführt werden. Für Behandler und Patient werden somit weitere Untersuchungen nur bei klinischer Symptomatik empfohlen. Für die Datenvollständigkeit im Register bedeutet diese Empfehlung jedoch einen hohen Anteil kleiner Tumoren (T≤ T2c) mit unvollständigen Angaben zu N und M. Unvollständige TNM-Angaben verhindern wiederum die Bil-

dung von UICC-Stadien, die in der onkologischen Versorgung allgemein zur Einteilung in Risikogruppen verwendet werden. Bei Prostatakarzinomen ersetzt künftig die Risikoklassifikation nach Gleason (Gleason-Grading) in Kombination mit PSA-Wert und Tumorausdehnung (T-Angabe) die Einteilung nach UICC-Stadien und hat in der klinischen Praxis eine hohe Bedeutung erlangt. Das Gleason-Grading ist über das organspezifische Prostatakarzinom-Modul für Meldungen ab 2018 im Register abbildbar. Die seit April 2018 gültige Aktualisierung der S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms findet für die Auswertungen der Qualitätskonferenzen der Uroonkologie ab Herbst 2018 Anwendung.

Prostatakarzinom | Basisstatistik

Anzahl vorliegender Meldungen zum Prostatakarzinom

Insgesamt gehen 18.470 Patienten mit 22.170 Diagnosemeldungen mit Erstdiagnose Prostatakarzinom im definierten Zeitraum von 2012 bis 2015 in die nachfolgenden Auswertungen ein. Der Unterschied in der Anzahl von Patienten und Diagnosemeldungen ergibt sich dadurch, dass mehrere Melder Diagnosemeldungen zu einem Patienten übermitteln haben, welche im Register zusammengeführt werden (Best-of-Datensatz).

Patienten mit mehreren Tumoren in der Entität C61 wurden in diesen Betrachtungen ausgeschlossen, daher entspricht die Anzahl der Patienten der Gesamtzahl der Tumoren. Tabelle 1 bildet die Anzahl der Meldungen ab, die aus dem stationären und ambulanten Bereich übermittelt wurden.

Tabelle 1: Meldungsverteilung Prostatakarzinom (ICD-10: C61) (ohne externe Therapien, ED 2012-2015)

Melder	Anzahl Diagnosen	Anzahl OPs	Anzahl Strahlentherapie	Anzahl syst. Therapien	Anzahl Verläufe
stationär	12.341	6.392	3.373	2.779	14.605
ambulant	9.829	1.392	1.830	2.685	22.083
Gesamt	22.170	7.784	5.203	5.464	36.688

Häufigkeitsverteilung der Histologie

Die Angabe zur Histologie ist auf Best-of-Ebene für 14.334 Tumoren (78%) dokumentiert. Zu weiteren 4.136 Fällen liegen im Register keine Angaben zur Histologie vor. Bei den Tumoren der Prostata (Tabelle 2) handelt es sich vorwiegend um azinäre Adenokarzinome (60%). Die Ausprägung „nicht nach WHO klassifiziert“ fasst weiterhin spezifische Kodes gemäß ICD-O für Karzinome zusammen, die nicht in der WHO-Klassifikation der Prostatakarzinome enthalten sind.

Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung der Histologiegruppen beim Prostatakarzinom (ICD-10: C61, ED 2012-2015)

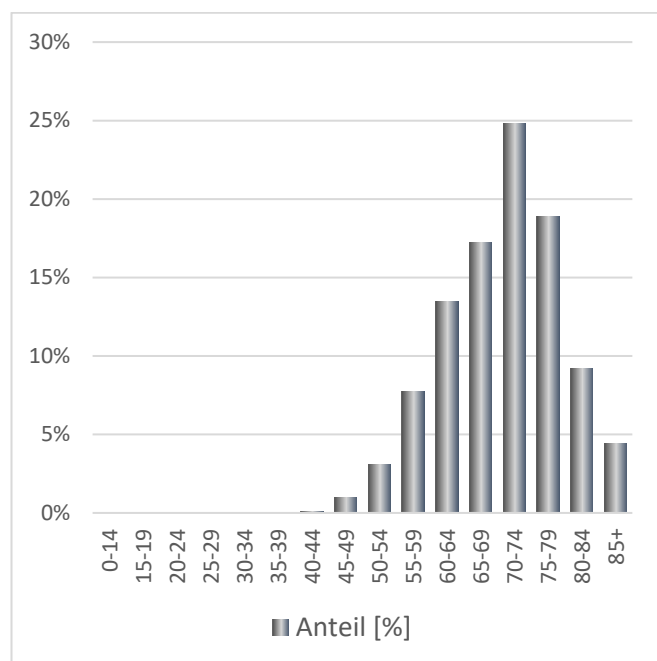
Histologiegruppe	Anzahl	Anteil [%]
Azinäre Adenokarzinome	11.076	60
Duktale Adenokarzinome	54	0
nicht nach WHO klassifiziert	1.297	7
Sonstige Karzinome	1.907	10
Keine Angabe	4.136	22
Summe	18.470	100

Urotheliale Karzinome, Plattenepithelkarzinome und neuroendokrine Tumoren sind in dieser und den nachfolgenden Betrachtungen ausgeschlossen, da nur Karzinome in Sinne der Leitlinie betrachtet werden, um die darin benannten Qualitätsindikatoren auszuwerten.

Häufigkeitsverteilung des Alters bei Erstdiagnose

Unter den in die Analyse eingeschlossenen Fällen wurde die Diagnose am häufigsten in der Altersgruppe der 70 - 74-jährigen gestellt (Abbildung 14).

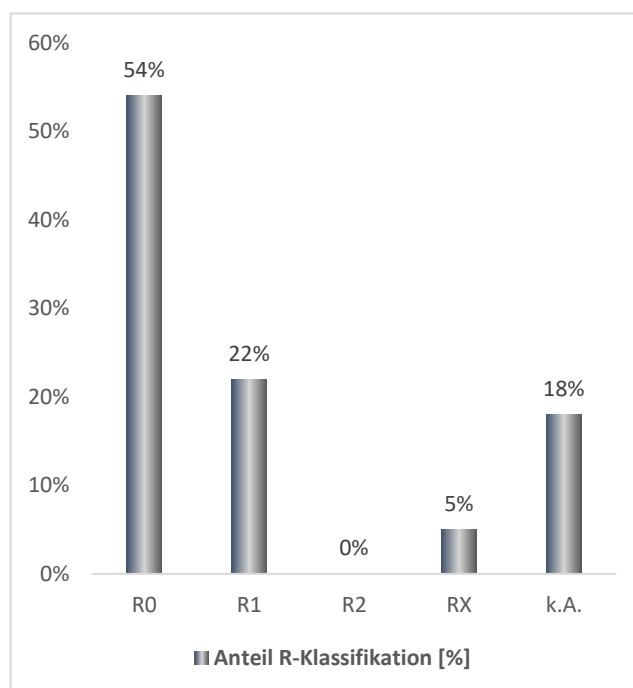
Die Darstellung der Altersstruktur (Alter zum Zeitpunkt der Erstdiagnose) entspricht den Verteilungen internationaler Auswertungen. Das mittlere Alter liegt in Baden-Württemberg bei 71 Jahren.

**Abbildung 14: Häufigkeitsverteilung nach Alter bei Erstdiagnose eines Prostatakarzinoms (ICD-10: C61, ED 2012-2015)**

Häufigkeitsverteilung der Residualklassifikation

In die Auswertung der Residualklassifikation gehen nur organresezierende Eingriffe ein, bei denen eine Beurteilbarkeit des R (relativ) gesichert ist. „R“ steht für „Residual“ (lat. residuus: zurückbleibend). Das Fehlen oder Vorhandensein von Resttumor nach der Therapie wird durch die R-Klassifikation beschrieben. Im Gegensatz zu Analysen der anderen

organspezifischen Aufbereitungen können bei uroonkologischen tumorresezierenden Eingriffen nicht grundsätzlich valide R-Angaben erwartet werden, da transurethrale Resektionen an der Prostata (TUR-P) zwar Tumorgewebe entnehmen, der Residualstatus des Tumors jedoch weder vom Operateur noch vom Pathologen sicher bestimmt werden kann. Daher werden R-Angaben nur bei organresezierenden Eingriffen (Prostatektomie: OPS 5-604.* und Entfernung der Harnblase inkl. Entfernung des inneren Genitale bei ICD-10-Diagnose C61: OPS 5-576.*) ausgewiesen. Die Häufigkeit der Angaben zur R-Klassifikation bei ausgewählten tumorresezierenden Eingriffen an der Prostata sind in Abbildung 15 dargestellt.

**Abbildung 15: Verteilung der R-Klassifikation bei festgelegten tumorresezierenden Eingriffen beim Prostatakarzinom (ICD-10: C61)**

Prostatakarzinom | Landkreisvergleiche

Mit Hilfe von Qualitätsindikatoren lässt sich die Prozessqualität in den behandelnden Einrichtungen beurteilen. Im Mittelpunkt stehen dabei die Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinien des Leitlinienprogramms Onkologie.

Die Auswertung der leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren aus Krebsregisterdaten ist mit dem aktuell gültigen Datensatz für die nachfolgend aufgeführten Qualitätsindikatoren möglich, die vollständig in der S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms (Version 4.0, Dez. 2016) abgebildet sind. Durch Erweiterung des Datensatzes durch das organspezifische Modul zum Prostatakarzinom wird die Auswertbarkeit von Qualitätsindikatoren verbessert.

Nachfolgend abgebildet (Tabelle 3) sind die aktuell mit den KRBW-Daten auswertbaren Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinie (Version 4.0, Dez. 2016). In den folgenden Kapiteln werden QI 2 und QI 5 exemplarisch ausgewertet und landesweit für Baden-Württemberg dargestellt.

Tabelle 3: Qualitätsindikatoren Prostatakarzinom (PCa, ICD-10: C61) (S3-Leitlinie, Version 4.0, 2016)

QI	Inhalt
QI 2	Befundbericht Lymphknoten
QI 5	LDR (Low-Dose-Rate) Monotherapie bei lokal begrenztem PCa mit hohem Risiko

QI 2: Befundbericht Lymphknoten

Der **Qualitätsindikator 2** zielt auf die Vollständigkeit der Befundberichte im Falle von Lymphknotenentnahmen ab. Es sollen pN-Kategorie, Zahl der befallenen und die Zahl der entnommenen Lymphknoten hinterlegt sein. Die geforderten Angaben können mit dem Datensatz an das Register übermittelt werden.

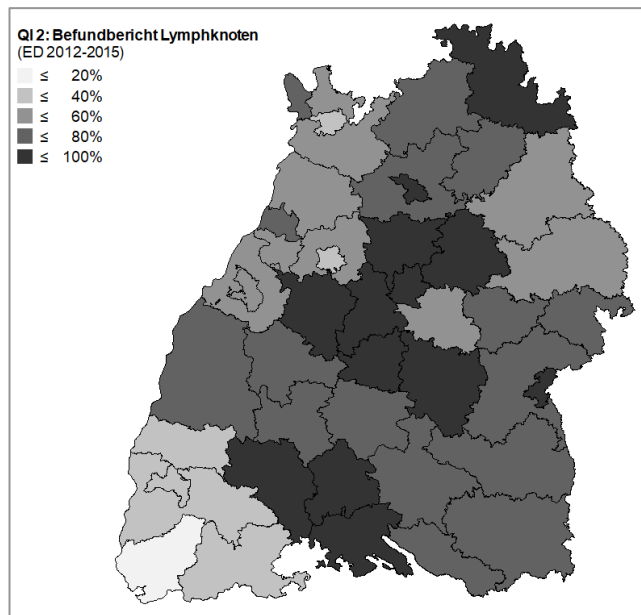


Abbildung 16: QI 2 Befundbericht Lymphknoten, Prostatakarzinom (ICD-10: C61) (ausgewertet nach Patientenwohntort)

Abbildung 16 stellt die Häufigkeit vollständiger Dokumentation auf Landkreisebene dar und bezieht sich dabei auf den Wohnort des Patienten.

QI 5: LDR bei lokal begrenztem Prostatakarzinom mit hohem Risiko

Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und hohem Risikoprofil sollen gemäß **Qualitätsindikator 5** keine LDR (low-dose-rate)-Monotherapie erhalten. Die Abbildung zeigt die Rate der Fälle auf Wohnortebene.

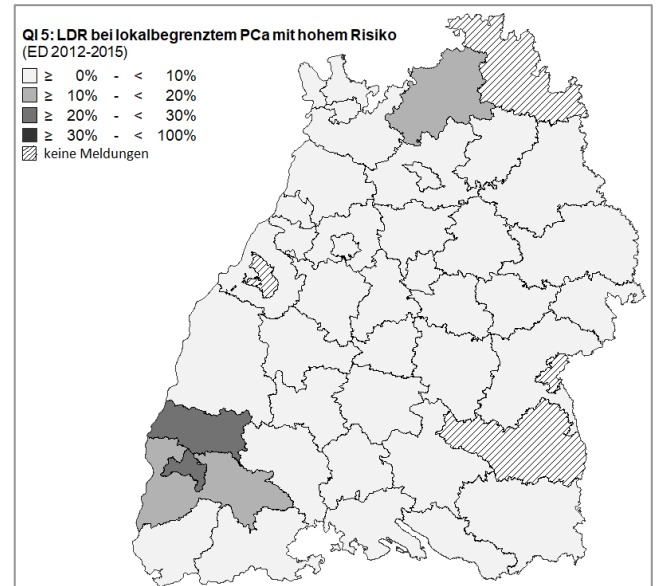


Abbildung 17: QI 5 LDR Monotherapie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom (ICD-10: C61)

Da sich die gezeigten Auswertungen auf die Jahrgänge 2012 bis 2015 beziehen, werden durchgeführte LDR-Monotherapien in Abbildung 17 für alle Jahrgänge zusammengefasst dargestellt. Die an die klinische Landesregisterstelle übermittelten Therapien beziehen sich dabei vorwiegend auf die Jahrgänge 2012 und 2013. Bis zum Jahrgang 2015 nahm die Anzahl der LDR-Monotherapien bei lokal-begrenztem Prostatakarzinom mit hohem Risiko ab, so dass in 2015 diese Therapie nicht mehr an das Krebsregister übermittelt wurde. Somit ist der Qualitätsindikator der S3-Leitlinie in diesem Jahrgang vollständig erfüllt.

6.3 Harnblasenkarzinom

Aktuellen Zahlen des RKI zufolge ist im Jahr 2014 das Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67) in Deutschland mit 4.170 Neuerkrankungen eine bei Frauen deutlich seltener auftretende maligne Erkrankung im Vergleich zu 11.680 Neuerkrankungen bei Männern. Das mittlere Erkrankungsalter wird mit 76 Jahren bei Frauen und 74 Jahren bei Männern ausgewiesen. Die altersstandardisierte Inzidenz liegt für C67 im Jahr 2014 für Frauen bei 4,9 und für Männer bei 18,2 Erstdiagnosen je 100.000 Einwohner. In seiner Prognose für das Jahr 2018 erwartet das RKI 4.400 Neuerkrankungen bei Frauen und 12.200 bei Männern. Unter Einbezug der zusätzlichen nicht-invasiven Karzinome (ICD-10: D09.0, D41.4) sind es 7.600 bzw. 23.100. Für 2013/2014 wird eine relative 5-Jahres-Überlebensrate von 47% bei Frauen und 57% bei Männern ausgewiesen. Für 2014 verzeichnet das RKI 1.795 Sterbefälle bei Frauen und 3.897 bei Männern (RKI, 2017).

Im Folgenden werden die im KRBW vorliegenden Meldungen zu Karzinomen der Harnblase dargestellt und aufbereitet. Gemäß den vorhergehenden Darstellungen beim Prostatakarzinom werden nach einer Übersicht über vorliegende Meldungen und über das Meldeverhalten der versorgenden Einrichtungen auf Basis der vorliegenden S3-Leitlinie der behandelnden Fachgesellschaften Qualitätsindikatoren berechnet und auf Landesebene ausgewiesen. Die Analysen beinhalten stets von der Leitlinie definierte Subgruppen der Patienten mit Harnblasenkarzinom. Im Gegensatz zu Analysen anderer organspezifischer Aufbereitungen, können bei uroonkologischen tumorresezierenden Eingriffen nicht grundsätzlich valide R-Angaben erwartet werden, da transurethrale Resektionen an der Harnblase (TUR-B) zwar Tumorgewebe entnehmen können, der Residualstatus des Tumors jedoch weder vom Operateur noch vom Pathologen sicher bestimmt werden kann. Daher werden R-Angaben nur bei organresezierenden Eingriffen (Zystektomie) ausgewiesen. In der Harnblase kommen häufig auch nicht-muskelinvasive Tumoren in ähnlicher Häufigkeit zu den invasiven Karzinomen der Harnblase vor. Diese sind in den Diagnosen D09.0 (Carcinoma in situ) und D41.4 (Neubildung unsicheren oder unbekanntens Verhaltens der Harnorgane) ebenfalls an das Register meldepflichtig. Da v.a. das Carcinoma in situ der Harnblase ein hohes Progressions- und Rezidivrisiko aufweist, wird die Häufigkeit des Auftretens in den genannten Erstdiagnosejahren ausgewiesen.

Harnblasenkarzinom | Basisstatistik

Anzahl vorliegender Meldungen zum Harnblasenkarzinom

Insgesamt gehen 5.191 Patienten mit Erstdiagnose Harnblasenkarzinom im definierten Zeitraum von 2012 bis 2015 in die Auswertungen ein. Das Harnblasenkarzinom ist in der aktuell gültigen Version der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) unter C67 verzeichnet. 12 Fälle mit der Diagnose C67 und der Lokalisation C67.7 (Urachus) werden nicht in die Auswertungen einbezogen.

Patienten mit mehreren Tumoren in der Entität C67 werden in diesen Betrachtungen ausgeschlossen, daher entspricht die Anzahl der Patienten der Gesamtzahl an Tumoren. Tabelle 4 zeigt die Anzahl der Meldungen, die von stationären und ambulanten Meldern übermittelt wurden.

Durch Meldungen verschiedener Einrichtungen zum selben Tumor sind zu den 5.191 Tumoren 5.832 Diagnosemeldungen im Register vorhanden.

Tabelle 4: Meldungsverteilung Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67) (ohne externe Therapien, ED 2012-2015)

Melder	Anzahl Diagnosen	Anzahl OPs	Anzahl Strahlentherapie	Anzahl syst. Therapien	Anzahl Verläufe
stationär	3.626	4.057	184	977	3.184
ambulant	2.206	818	41	605	4.820
Gesamt	5.832	4.875	225	1.582	8.004

Häufigkeitsverteilung der Histologie

Die Angabe zur Histologie ist auf Best-of-Ebene für 3.761 Tumoren (72%) dokumentiert. Zu weiteren 1.430 Fällen liegen im Register keine Angaben zur Histologie vor. Bei den Tumoren der Harnblase (Tabelle 5) handelt es sich vorwiegend um urotheliale Tumoren.

Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Histologiegruppen beim Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67, ED 2012-2015)

Histologiegruppe	WHO-konform Anzahl [%]	Nicht WHO-konform Anzahl [%]
Urotheliale Tumoren	2.124 [41]	710 [14]
Adenokarzinome	25 [0]	3 [0]
Plattenepithelkarzinome	70 [1]	0 [0]
Sonstige Karzinome	829 [16]	0 [0]
keine Angaben	1.430 [28]	
Summe	5.191 [100]	

Diagnosehäufigkeit nach Alter und Geschlecht

76% der Tumoren wurden bei Männern, 24% bei Frauen diagnostiziert. Das mittlere Alter bei Erstdiagnose liegt bei Frauen (74 Jahre) knapp über dem von Männern (73 Jahre) (Altersverteilung siehe Abbildung 18).

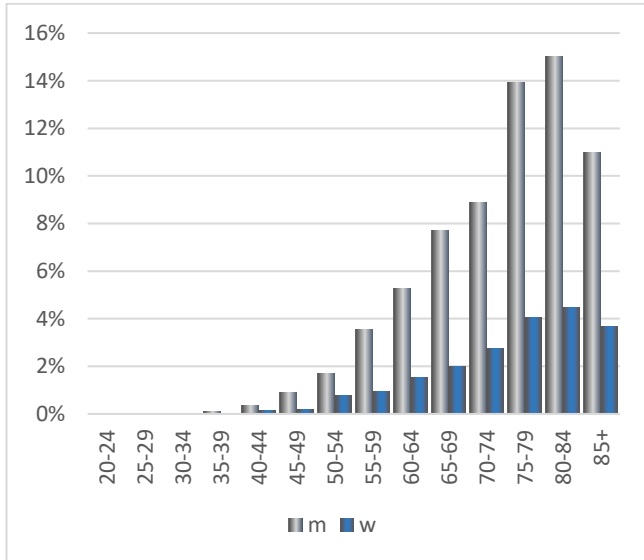


Abbildung 18: Häufigkeitsverteilung nach Alter und Geschlecht bei Erstdiagnose eines Harnblasenkarzinoms (ICD-10: C67)

Häufigkeitsverteilung der Residualklassifikation

Die Residualklassifikation (R) beschreibt den Tumorstatus nach einer Operation. R0 bedeutet, dass kein Resttumor zurückgeblieben ist, R1 und R2 hingegen, dass keine vollständige Entfernung des Tumors möglich war. Resttumor ist im Rahmen der operativen Entfernung der Harnblase (Zystektomie) überwiegend beurteilbar, im Falle einer nicht sicheren Beurteilbarkeit wird RX dokumentiert.

Eine operative Entfernung der Harnblase (OPS 5-576.*) innerhalb eines Jahres nach Erstdiagnose liegt in 460 Fällen vor. Der Anteil der jeweiligen R-Klassifikation dieser Fälle ist in Abbildung 19 dargestellt.

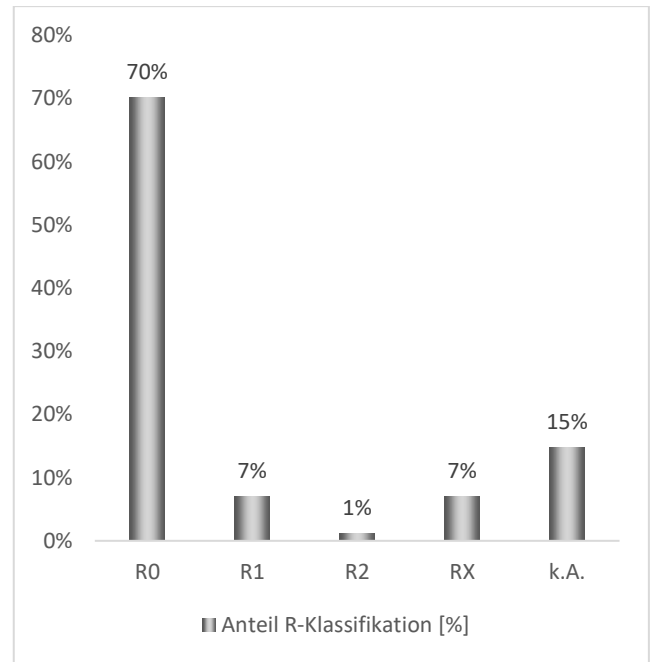


Abbildung 19: R-Klassifikation nach Zystektomie beim Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67) innerhalb 12 Monate nach ED

Harnblasenkarzinom | weitere Neubildungen

In der Harnblase lassen sich verschiedene krankhafte Veränderungen des Gewebes diagnostizieren und nachweisen. Neben dem Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67) werden das Carcinoma in situ der Harnblase (ICD-10: D09.0) und Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Harnblase (ICD-10: D41.4) unterschieden und sind dem KRBW meldepflichtig. Im Folgenden werden alle dem Register vorliegenden Diagnosen (zur Wohnbevölkerung Baden-Württembergs) dargestellt. Insgesamt liegen zu 12.407 Patienten Meldungen der Erstdiagnosejahre 2012 bis 2015 von Tumoren mit Lokalisation in der Harnblase vor. Eine regionale Zuordnung der Anteile der Diagnosen wird in Abbildung 20 vorgenommen.

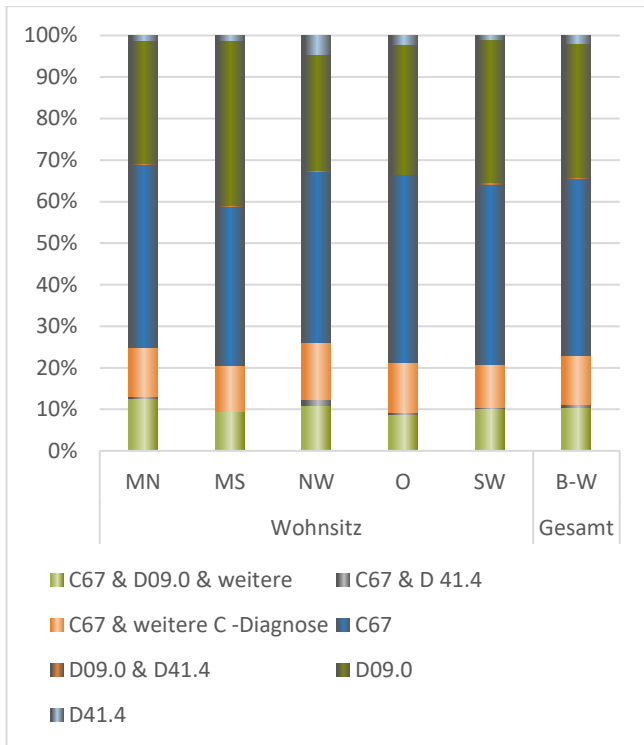


Abbildung 20: Anteile der Diagnosen zu Neubildungen in der Harnblase nach Regionen (ED 2012-2015)

Harnblasenkarzinom | Qualitätsindikatoren

Mit dem vorliegenden Datensatz des KRBW können drei der zwölf Qualitätsindikatoren der medizinischen S3-Leitlinie zur Behandlung des Harnblasenkarzinoms („S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms“, Version 1.1, Stand 11/2016) ausgewertet werden. Im Folgenden werden QI 3 und 4 dargestellt.

Tabelle 6: Qualitätsindikatoren Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67) (S3-Leitlinie, Version 1.1, 2016)

QI	Inhalt
3	Beidseitige pelvine Lymphadenektomie bei radikaler Zystektomie (RZE)
4	RZE innerhalb von 3 Monaten nach ED bei muskelinvasivem Harnblasenkarzinom

QI 3: Beidseitige pelvine Lymphadenektomie bei RZE

Der **Qualitätsindikator 3** empfiehlt und prüft bei radikaler Zystektomie eine beidseitige Entnahme der regionalen pelvinen Lymphknoten (Lymphadenektomie). Über alle Regionen zeigt sich ein sehr hoher Anteil an Fällen, die bei einer radikalen Zystektomie auch eine Lymphadenektomie erhielten. Eine getrennte tagesgleiche Kodierung der Eingriffe „Zystektomie“ und der Lymphadenektomie wurde ebenfalls berücksichtigt. Insgesamt sind 94% der Zystektomien der Erstdiagnosejahre 2012 bis 2015 inklusive der empfohlenen Lymphadenektomie im Register gemeldet. Abbildung 21

zeigt den Anteil der Fälle mit Lymphadenektomie in aufsteigender Rangfolge auf Ebene des Wohnsitzes der Patienten in den 44 Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs.

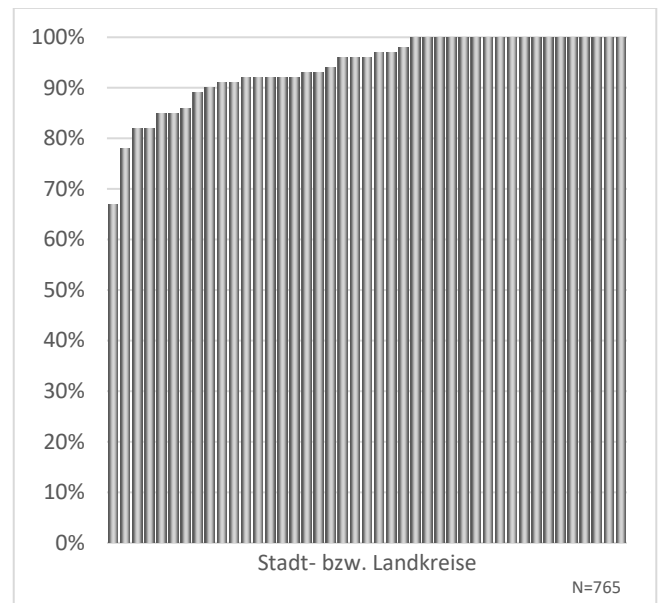


Abbildung 21: Anteil Lymphknotenentfernung beim Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67) nach Stadt- und Landkreisen (ED 2012-2015)

Die Auswertung von 33 erbringenden Einrichtungen ist in Abbildung 22 dargestellt und zeigt den Erfüllungsgrad des QI 3 nach Einrichtungen. Hierbei werden im Unterschied zu Abbildung 21 alle Patienten eingeschlossen, die in baden-württembergischen Einrichtungen operiert wurden, unabhängig von ihrem Wohnsitz. Daher unterscheidet sich die Anzahl der eingeschlossenen Fälle (N) zwischen den beiden Darstellungen.

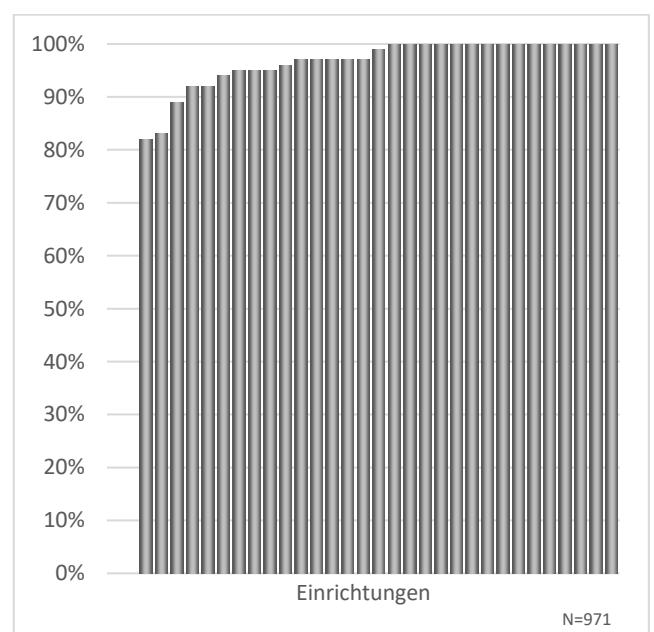


Abbildung 22: QI 3: Anteil Lymphknotenentfernung beim Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67) nach Einrichtungen (ED 2012-2015)

QI 4: Radikale Zystektomie innerhalb von 3 Monaten nach Erstdiagnose bei muskelinvasivem Harnblasenkarzinom

Der **Qualitätsindikator 4** der Leitlinie empfiehlt die zeitnahe operative Entfernung der Harnblase (Zystektomie) nach Erstdiagnosestellung eines muskelinvasiven Harnblasenkarzinoms (TNM-Angabe mit $\geq c/pT2$). Hierbei wird in der Leitlinie ein Zeitfenster von 3 Monaten festgelegt, wenn zwischen Diagnosestellung und operativem Eingriff keine neoadjuvante Chemotherapie durchgeführt wurde. Da im Register Diagnosen und operative Therapien bis zur Datensatzanpassung 2016 nur monatsgenau gespeichert wurden, muss für die Berechnung dieses Indikators ein viermonatiges Zeitfenster berücksichtigt werden. Die Analysen zeigen, dass über 96% der betroffenen Patienten eine Zystektomie innerhalb der Frist von maximal 4 Monaten erhalten (Abbildung 23).

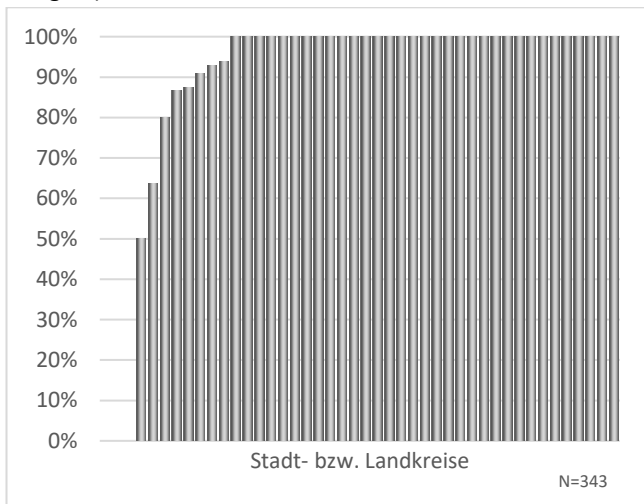


Abbildung 23: QI 4: Anteil Zystektomie beim Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67) innerhalb 4 Monate nach ED nach Landkreisen (ED 2012-2015)

Die folgende Abbildung 24 weist für 25 erbringende Einrichtungen den Anteil der Fälle aus, die innerhalb von 4 Monaten nach ED eine operative Entfernung der Harnblase umsetzten, vorausgesetzt es fand keine andere neoadjuvante Therapie statt. Durch die Einschränkung auf primäre OP ohne neoadjuvante Therapie und die Einschränkung auf Tumoren mit einer T-Angabe $\geq c/pT2$ verringert sich die Fallzahl (N) gegenüber der Auswertung des QI 3.

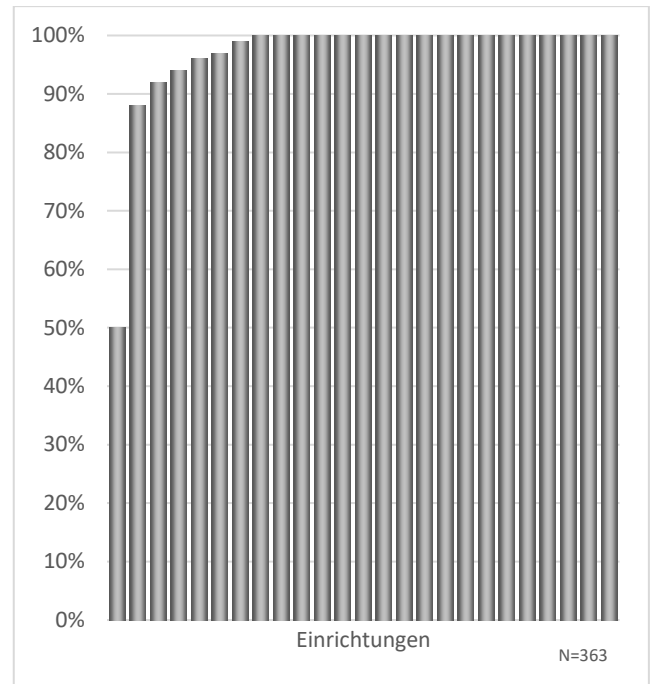


Abbildung 24: Anteil Zystektomie beim Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67) innerhalb 4 Monate nach ED nach Einrichtungen (ED 2012-2015)

7 Gastbeitrag sektorenübergreifende Tumorkonferenzen

Sektorenübergreifende Tumorkonferenzen – das Zentrum für Urologische Tumorerkrankungen (ZUT) Mannheim e.V. als Beispiel einer Qualitätssicherungsmaßnahme im urologischen Bereich

Wagener, Nina

Michel, Maurice- Stephan

Urologische Klinik, Universitätsklinikum Mannheim

Das seit 2010 bestehende Zentrum für Urologische Tumorerkrankungen (ZUT) Mannheim e.V. ist eine qualitätsgesicherte Vereinigung, die für Urologinnen und Urologen des Rhein-Neckar-Raumes offen ist. Zweck des Vereins ist die Optimierung der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Urologen und Klinikern auf dem Gebiet der urologischen Tumorerkrankungen durch Verbesserung der ambulanten und klinischen Versorgung der Patienten und die Verbreitung von wissenschaftlichen Erkenntnissen und Forschungsergebnissen. Hierzu wurde ein wöchentliches Tumorboard etabliert, an welchem sowohl viele niedergelassene Urologen also auch Kliniker verschiedener Fachdisziplinen (u.a. Urologie, Radiologie, Strahlentherapie, Onkologie, Pathologie, etc.) teilnehmen.

Grundlage für die Arbeit des Vereins ist ein vom Wissenschaftlichen Beirat erarbeiteter und in der Gründungsversammlung verabschiedeter Kodex. Die gemeinsamen Ziele und Qualitätsmerkmale des Vereins, ebenso die Voraussetzungen für eine Aufnahme in das Zentrum für Urologische Tumorerkrankungen (ZUT) Mannheim e.V. werden durch eine Satzung geregelt. Auf einer Homepage werden Informationen über das Zentrum, die Mitglieder sowie Informationen über urologische Tumorerkrankungen und aktuelle Termine und Formulare (z.B. zur Anmeldung einer Patientenvorstellung) bereitgestellt.

Gründungsmitglieder des Zentrums sind der Direktor der Klinik für Urologie der Universitätsmedizin Mannheim Prof. Dr. Maurice Stephan Michel sowie die Chefärzte der urologischen Hauptabteilungen des Theresienkrankenhauses Mannheim (Prof. Dr. Kai Uwe Köhrmann) und des Diakonieverkrankenhauses (PD Dr. Reinhold Tschada/ Dr. Martin

Hatzinger), entsprechende Vertreter und 25 niedergelassene Urologen. Das Zentrum umfasst derzeit 98 Mitglieder in Form von urologischen Fachärzten/innen und Ärzten/innen in urologischer Facharztausbildung. Der Wissenschaftliche Beirat ist zuständig für alle medizinischen Fragen, insbesondere Fragen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements der Patientenversorgung auf dem Gebiet der urologischen Tumorbehandlungen. Ziel ist die ständige Verbesserung der Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Tumorerkrankungen auf Urologischem Fachgebiet. Eine Orientierung hierzu erfolgt an den aktuellen Leitlinien der nationalen und internationalen Fachgesellschaften für Urologie (insbesondere DGU und EAU). Die Therapieempfehlungen werden durch Stellungnahmen zu den neuesten medizinischen Entwicklungen ergänzt.

Durch die Arbeit des Zentrums für Urologische Tumorerkrankungen (ZUT) Mannheim e.V. soll ein hohes Maß an Patientenzufriedenheit durch fachlich einwandfreie und einfühlsame Patientenversorgung und eine kollegiale Zusammenarbeit mit einem hohen Maß an Kommunikation nach transparenten Regeln für Abläufe erreicht werden. Eine Patientenvorstellung zur gemeinsamen Diskussion und Beschlussfassung ist nach vorheriger Anmeldung im wöchentlichen Tumorboard möglich. Hiermit soll eine gemeinsame, hoch-qualitative Lösung von komplexen Patientenfällen ermöglicht werden.

8 Zusammenfassung und Ausblick

Blickt man auf das Jahr 2017 zurück, so kann eine erhebliche Dynamik festgestellt werden: Mit den Auftaktveranstaltungen der Qualitätskonferenzen zum Lungenkarzinom und zum uroonkologischen Fachbereich wurde das Spektrum der Auswertungen und der Qualitätskonferenzen über die Viszeralonkologie hinaus auf zusätzliche Fachbereiche erweitert.

Die in diesem Bericht dargestellten Auswertungen stellen lediglich eine Auswahl der Ergebnisse aus den regionalen und landesweiten Qualitätskonferenzen des vergangenen Jahres dar.

Auf Wunsch der Teilnehmer der ersten landesweiten Auftaktveranstaltung zum Lungenkarzinom soll diese weiterhin jährlich auf Landesebene fortgeführt werden. Zusätzliche Fragestellungen aus dem Teilnehmerkreis werden mit in die nächste Runde genommen und die Auswertungen wurden, unter Hinzuziehung von Ärzten des entsprechenden Fachgebiets, weiterentwickelt.

Mit fünf regionalen Qualitätskonferenzen bildeten die uroonkologischen Konferenzen den Schwerpunkt des Jahres 2017 und auch dieses Berichts.

Die Analysen zur Uroonkologie zeigen, dass die Datenqualität und -vollständigkeit noch verbessert werden kann und eine verstärkte Einbindung des ambulanten Sektors in die Auswertungen erforderlich ist. Aufgrund der noch geringen Fallzahlen können nur bedingt aussagekräftige Analysen durchgeführt werden.

Die in den Analysen erscheinenden, geringen Fallzahlen sind oft auch durch die Methodik der Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinie begründet. Da diese vorwiegend auf Subgruppen abzielen, wie z.B. die der lokalen High-Risk Tumoren, welche in der Literatur nur etwa 15% aller erstdiagnostizierten Prostatatumoren ausmachen (Shiple et al., 2017, Chang et al., 2014, Cooperberg et al., 2003, Cooperberg et al., 2008), können bei regionaler Betrachtung nur wenige Fälle in die Analysen eingeschlossen werden. Die Auswertung dieser Meldungen ist aus medizinischer Sicht wertvoll, lässt sich jedoch je Behandlungseinheit oder auf regionaler Ebene nur mit sehr geringer Fallzahl darstellen.

Durch die Einführung eines spezifischen Moduls für Prostatakarzinome durch die ADT/GEKID wird die im Register vorhandene Information bei diesen Tumoren erweitert, sodass zukünftig weitere Versorgungsaspekte darstellbar sind.

Gleiches gilt für die geringe Anzahl auswertbarer Qualitätsindikatoren bei Karzinomen der Harnblase sowie für die teils geringe Stichprobengröße der eingeschlossenen Fälle. Die in der S3-Leitlinie (2016) veröffentlichten Indikatoren sind

für die Evaluation einer flächendeckenden Versorgung und Rückmeldung an die Einrichtungen nur eingeschränkt geeignet, werden jedoch kontinuierlich hinsichtlich Ihrer Aussagekraft durch zusätzliche Betrachtungen erweitert.

Die im vorliegenden Bericht enthaltene Auswertung zu kolorektalen Karzinomen zeigt, dass es in den Regionen Verbesserungen in Bezug auf die Datenqualität gibt. Auch das Meldevolumen konnte seit Beginn der regionalen Qualitätskonferenzen im Jahr 2015 erhöht werden. Dies spiegelt sich in den absoluten Meldezahlen zu Kolon und Rektum wider, wonach in drei der fünf Regionen die Anzahl der Diagnosemeldungen gesteigert wurde.

Für die kommenden regionalen Qualitätskonferenzen der Viszeralonkologie im Jahr 2019 sind Auswertungen zu den Erstdiagnosejahrgängen 2013 bis 2016 geplant. Im Herbst 2018 wird für alle viszeralonkologisch tätigen Ärzte ein Bericht erstellt, in dem zum ersten Mal auch Daten zum hepatozellulären Karzinom ausgewertet werden.

Seitens des KRBW ist zukünftig eine weitere Erhöhung des Erfassungsgrades zu erwarten. Durch die Kodierung von Pathologiebefunden wird der auf klinischen Diagnosemeldungen basierende Erfassungsgrad erhöht. Für den vollständigen Erfassungsgrad werden jedoch beide – klinische und pathologische Diagnosemeldungen – benötigt. Für das Diagnosejahr 2013 ist insgesamt die Vollzähligkeit erreicht (99,8%), der Erfassungsgrad für das Diagnosejahr 2014 liegt aktuell bei 96,8%.

Neben der Vollzähligkeit darf auch die Vollständigkeit der Daten nicht außer Acht gelassen werden. Um die mit dem ADT/GEKID-Basisdatensatz auswertbaren Qualitätsindikatoren tatsächlich auswerten zu können, müssen die übermittelbaren Angaben auch gemeldet werden.

Darüber hinaus sollen mit den Daten auch Auswirkungen für die behandelnden Einrichtungen und Ärzte erfasst sowie die Sicherung der regionalen Versorgungsstruktur erarbeitet werden. Dazu müssen weitere Qualitätsfragen angeregt werden, die über die Landesqualitätskonferenz (LQK) ihren Weg in die Auswertung und zurück zu den Behandlern und Entscheidern finden. Dieses Vorgehen ermöglicht eine ständige Weiterentwicklung und Anpassung der Auswertungen. Hinzugezogene Experten der verschiedenen medizinischen Fachbereiche werden dabei in die Auswertungsmethodik eingebunden.

Die Qualitätskonferenzen machen die vorhandenen Daten nutzbar und dienen der Motivation aller behandelnden Ärzte. Die Teilnahme aller an der Versorgung Beteiligten in stationären und niedergelassenen Einrichtungen wird angestrebt. Mit den Konferenzteilnehmern sollen Ansätze und

Ideen entwickelt und ausgetauscht werden, um gemeinsam mit Experten und der LQK die Versorgung in Baden-Württemberg zu verbessern. So soll durch den Austausch der behandelnden Fachärzte für alle onkologischen Patienten eine weitere Verbesserung der Behandlung erreicht werden.

Zusätzlich ist zu beachten, dass die Daten des Krebsregisters Baden-Württemberg zukünftig durch einen eindeutigen Leistungserbringerbezug detaillierter dargestellt werden können.

Auch bezogen auf 2018 zeigen sich weitere positive Entwicklungen: Im Frühjahr hielt die gynäkologische Onkologie mit Betrachtung des Zervix- und Mammakarzinoms sowie der malignen Ovarialtumoren Einzug in die regionalen Qualitätskonferenzen. Der nächste Landesqualitätsbericht wird sich daher schwerpunktmäßig mit den Ergebnissen der gynäkologisch-onkologischen Qualitätskonferenzen befassen.

Zu weiteren Fachbereichen finden noch in diesem Jahr zwei landesweite Konferenzen statt: die Dermatologische Onkologie ist mit der Betrachtung des malignen Melanoms gestartet und im Rahmen eines Expertentreffens werden Auswertungen zum Mundhöhlenkarzinom betrachtet.

Auch in Zukunft sollen weitere Qualitätskonferenzen etabliert und die Grundlage des fachlichen Austauschs erweitert werden.

9 Anhang

9.1 Meldeaktivität und Leistungsdaten des KRBW

Entsprechend des GKV-Förderkriteriums 6.01 veröffentlicht das KRBW an dieser Stelle die Leistungsdaten des klinischen Krebsregisters.

Tabelle 7 zeigt die Meldungszahlen für alle Patienten, die in Einrichtungen in Baden-Württemberg behandelt wurden, unabhängig von deren Wohnort (Behandlungsortbezug). Insgesamt sind im KRBW zwischen 2011 und 2017 knapp vier Millionen Meldungen eingegangen.

Tabelle 8 zeigt die Meldungsanzahlen für Patienten, die in Baden-Württemberg wohnen und auch hier behandelt wurden (Wohnortbezug). Zu Patienten aus Baden-Württemberg sind über 3,3 Millionen Meldungen eingegangen. Folglich sind knapp 640.000 Meldungen von Patienten, die sich zwar in Baden-Württemberg behandeln ließen, ihren Wohnsitz jedoch außerhalb des Bundeslandes haben.

Nach Angaben des Statistischen Landesamtes lebten 2015 in Baden-Württemberg 10.879.618 Einwohner (Tabelle 9, Stichtagsbevölkerung am 31.12.2015).

Da die Auswertung das Meldungsaufkommen darstellt, wurden sowohl offene, abgeschlossene als auch abgelehnte Meldungen miteinbezogen. Eine Ausnahme stellen Doppelmeldungen dar, also identische Meldungen von ein und demselben Melder. Diese werden im Krebsregister durch eine Plausibilitätsprüfung abgelehnt und fließen nicht in die Auswertung ein. Ausgeschlossen sind außerdem Meldungen aus Todesbescheinigungen und vom Meldeamt.

Definition der Meldungsarten:

- Erste Diagnosemeldungen: erste gemeldete Diagnose pro Tumor
- Weitere Diagnosemeldungen: Aktualisierungsmeldungen, Diagnosemeldungen aus anderen Meldequellen
- Pathologiemeldungen: Meldungen zu Pathologiebefunden
- Therapiemeldungen: Meldungen zu Operationen, Strahlentherapien oder systemischen Therapien
- Verlaufsmeldungen: Meldungen zur Nachsorge; Remission, Progression, Rezidiv; Tod, etc.

Tabelle 7: Behandlungsortbezogene Meldungen nach Meldungsart im KRBW

Meldejahr	Erste Diagnosemeldungen	Weitere Diagnosemeldungen	Pathologiemeldungen	Therapiemeldungen	Verlaufsmeldungen	Summe
2011	39.434	27.335	65.269	76.223	50.175	258.436
2012	85.632	46.480	134.776	115.073	108.465	490.426
2013	98.119	38.890	163.596	135.334	153.664	589.603
2014	103.166	51.266	153.964	151.124	202.647	662.167
2015	83.032	47.755	128.362	131.683	186.155	576.987
2016	65.652	59.669	139.571	127.149	178.402	570.443
2017	62.852	93.911	322.559	139.387	212.157	830.866
Summe	537.887	365.306	1.108.097	875.973	1.091.665	3.978.928

Datenstand: 03.04.2018

Tabelle 8: Nur wohnortbezogene Meldungen nach Meldungsart im KRBW

Meldejahr	Erste Diagnosemeldungen	Weitere Diagnosemeldungen	Pathologiemeldungen	Therapiemeldungen	Verlaufsmeldungen	Summe
2011	33.112	19.988	58.138	59.531	38.750	209.519
2012	75.064	34.850	124.916	96.704	88.216	419.750
2013	86.093	36.143	153.073	108.915	128.477	512.701
2014	91.555	47.826	142.737	126.528	169.798	578.444
2015	72.621	43.455	119.389	113.463	166.688	515.616
2016	56.419	51.559	127.291	107.232	159.871	502.372
2017	54.898	85.498	140.411	124.636	195.642	601.085
Summe	469.762	319.319	865.955	737.009	947.442	3.339.487

Datenstand: 03.04.2018

Tabelle 9: Einwohner nach Landkreis, Statistisches Landesamt (Stand: 12/2015)

Gebiets-einheit	Regionalname	QualiKo-Region*	Bevölkerung insgesamt	Gemeindegebiet in ha	Bevölkerungsdichte EW/km ²
Land	Baden-Württemberg		10.879.618	3.567.676	305
Stadtkreis	Stuttgart	MN	623.738	20.735	3.008
Landkreis	Böblingen	MS	381.281	61.782	617
Landkreis	Esslingen	MS	524.127	64.148	817
Landkreis	Göppingen	O	252.749	64.236	393
Landkreis	Ludwigsburg	MN	534.074	68.683	778
Landkreis	Rems-Murr-Kreis	MN	419.456	85.814	489
Stadtkreis	Heilbronn	MN	122.567	9.988	1.227
Landkreis	Heilbronn	MN	334.388	109.993	304
Landkreis	Hohenlohekreis	MN	110.181	77.676	142
Landkreis	Schwäbisch Hall	O	191.614	148.400	129
Landkreis	Main-Tauber-Kreis	NW	132.181	130.441	101
Landkreis	Heidenheim	O	130.527	62.713	208
Landkreis	Ostalbkreis	O	312.650	151.157	207
Stadtkreis	Baden-Baden	NW	54.160	14.021	386
Stadtkreis	Karlsruhe	NW	307.755	17.346	1.774
Landkreis	Karlsruhe	NW	435.841	108.495	402
Landkreis	Rastatt	NW	227.474	73.875	308
Stadtkreis	Heidelberg	NW	156.267	10.884	1.436
Stadtkreis	Mannheim	NW	305.780	14.496	2.109
Landkreis	Neckar-Odenwald-Kreis	NW	142.936	112.625	127
Landkreis	Rhein-Neckar-Kreis	NW	541.859	106.171	510
Stadtkreis	Pforzheim	MN	122.247	9.800	1.247
Landkreis	Calw	MS	155.359	79.751	195
Landkreis	Enzkreis	MN	196.066	57.369	342
Landkreis	Freudenstadt	MS	116.233	87.067	133
Stadtkreis	Freiburg im Breisgau	SW	226.393	15.306	1.479
Landkreis	Breisgau-Hochschwarzwald	SW	257.343	137.833	187
Landkreis	Emmendingen	SW	162.082	67.988	238
Landkreis	Ortenaukreis	SW	420.106	185.084	227
Landkreis	Rottweil	SW	137.500	76.943	179
Landkreis	Schwarzwald-Baar-Kreis	SW	209.648	102.526	204
Landkreis	Tuttlingen	SW	136.606	73.435	186
Landkreis	Konstanz	SW	280.288	81.798	343
Landkreis	Lörrach	SW	226.708	80.676	281
Landkreis	Waldshut	SW	167.861	113.116	148
Landkreis	Reutlingen	MS	282.113	102.809	274
Landkreis	Tübingen	MS	221.837	51.919	427
Landkreis	Zollernalbkreis	MS	188.595	91.771	206
Stadtkreis	Ulm	O	122.636	11.869	1.033
Landkreis	Alb-Donau-Kreis	O	192.104	135.867	141
Landkreis	Biberach	O	194.019	140.975	138
Landkreis	Bodenseekreis	O	212.201	66.481	319
Landkreis	Ravensburg	O	279.296	163.182	171
Landkreis	Sigmaringen	O	130.772	120.434	109

*QualiKo-Regionen: MN = Mitte Nord, MS = Mitte Süd, NW = Nordwest, O = Ost, SW = Südwest (Tabelle 10)

9.2 Methodische Hinweise

Datengrundlage

Die Auswertungen in diesem Bericht beziehen sich auf Erstdiagnosen aus den Jahren 2012 bis 2015 zum Datenstand am 03.04.2018 (falls nicht anders angegeben).

Die Auswertungen umfassen folgende ICD-10-Codes:

Tumorentität	ICD-10-Code
Lungenkarzinom (Kapitel 3)	C34
Viszeralonkologie (Kapitel 4)	C18 - C20 ohne C18.1
Uroonkologie (Kapitel 6)	C61, C67 (Lokalisation C67.7 ausgeschlossen), D01.0, D41.4
Leistungsdaten (Kapitel 9.1)	Alle meldepflichtigen Diagnosen

Patienten mit mehr als einem Tumor der gleichen Tumorentität werden ausgeschlossen.

Basisstatistik

Im Rahmen der Basisstatistik werden Meldungen aller stationären und ambulanten Ärzte eingeschlossen. Die Analysen erfolgen auf Best-of-Ebene und enthalten den Tumor und das Patientenkollektiv beschreibende Merkmale. Meldungen, die von verschiedenen Einrichtungen zu einem Patienten im KRBW eingehen, werden zusammengeführt, um daraus die beste, spezifische und vollständige Information zu einem Patienten zu gewinnen.

Datenqualität

Eine gute Datenqualität hinsichtlich Vollständigkeit, Vollständigkeit und Validität der Daten ist Grundlage für Auswertungen, die für Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung herangezogen werden sollen. In den Auswertungen zur Datenqualität werden nur die stationären Melder und ihre Meldungen betrachtet. Im Rahmen der Qualitätskonferenzen wird dann jede Einrichtung pseudonymisiert dargestellt.

Qualitätsindikatoren

Bei Auswertungen zu den Qualitätsindikatoren werden nur die von stationären Meldern übermittelten Diagnosemeldungen einbezogen. Therapiemeldungen, die von ambulanten Meldern übermittelt werden, werden bei Analysen zu sektorenübergreifenden Behandlungsabläufen miteinbezogen.

Auswertungen zu den Qualitätsindikatoren können sowohl auf Einrichtungs- als auch auf Landkreisebene durchgeführt werden. Bei Auswertungen auf Einrichtungsebene sind die Meldungen aller Einrichtungen in Baden-Württemberg enthalten, d.h. auch Meldungen zu Patienten, deren Wohnort sich außerhalb Baden-Württembergs befindet. Bei Auswertungen

auf Landkreisebene werden die Meldungen dem Patientenwohnort zugewiesen; es sind folglich nur Patienten mit Wohnsitz in Baden-Württemberg eingeschlossen.

Weitere methodische Hinweise sind direkt in den Kapiteln dieses Berichts enthalten.

Auswertungen zu tumorresezierenden Eingriffen

Bei Auswertungen zu tumorresezierenden Eingriffen wurden OPs innerhalb eines Jahres nach dem Erstdiagnosedatum eingeschlossen.

Folgende OPS-Codes wurden berücksichtigt:

Tumorentität	OPS-Codes
Viszeralonkologie	
Kolonkarzinom	5-452, 5-455, 5-456, 5-458
Rektumkarzinom	5-482, 5-484, 5-485

Uroonkologie | Prostatakarzinom

R-Klassifikation	5-576, 5-604
QI 2	5-576.2, 5-576.3, 5-604.02,
Lymphadenektomie	5-604.12, 5-604.22,
(im Rahmen einer Prostataktomie oder eines separat/simultan stattgefundenen Eingriffs)	5-604.32, 5-604.42, 5-604.52
	oder
	5-604 in Verbindung mit 5-404.f, 5-404.g, 5-604.02, 5-604.12, 5-604.22, 5-604.32, 5-604.42, 5-604.52, 5-590.7, 5-401, 5-402, 5-404, 5-406, 5-407 oder 5-408

Uroonkologie | Harnblasenkarzinom

R-Klassifikation	5-576
QI 3	5-576.2, 5-576.3, 5-576.4,
beidseitige pelvine Lymphadenektomie bei radikaler Zystektomie	5-576.5, 5-576.6, 5-576.7, 5-576.8, 5-687
	oder
	5-576 in Verbindung mit 5-402.a, 5-402.5, 5-404.f, 5-404.g, 5-404.g, 5-406.5, 5-407.3 oder 5-590.7
QI 4	5-576
Radikale Zystektomie innerhalb von 3 Monaten nach Diagnosestellung	5-687

9.3 Mitglieder der Landesqualitätskonferenz

Expertengruppe

Vertreter	Name	Einrichtung
Krebsverband Baden-Württemberg	Prof. Uwe Martens	Klinikum am Gesundbrunnen Heilbronn
Landesärztekammer Baden-Württemberg	Dr. Matthias Fabian	Vizepräsident LÄK
Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.	Prof. Stefan Rolf Benz	Klinikverbund Südwest
Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.	Prof. Thomas Seufferlein	Universitätsklinikum Ulm
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg	Dr. Peter Köhler	niedergelassener Strahlentherapeut
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg	Dr. Tobias Reiber	niedergelassener Hämatologe/Onkologe
Medizinischer Dienst der Krankenkassen	PD Dr. Oliver Teuffel, M. Sc.	Leiter des Fachreferats Onkologie
Epidemiologisches Krebsregister Baden-Württemberg	PD Dr. Volker Arndt	Leiter epidemiologisches Krebsregisters Baden-Württemberg

(Stand 5/2018)

Fachgruppe

Einrichtung	Name
Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.	Martin Gescheidle-Münch
Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.	Birgit Thomas
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg	Dr. med. Michael Viapiano
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg	Jasmin Heizmann
AOK	Nadia Mussa
VDEK	Margit Seifert
BKK	Andreas Bösch
IKK classic	Rolf Hofmann
SVLFG	Sabine Banhardt
Knappschaft	Robert Riemer

(Stand 5/2018)

9.4 QualiKo-Regionen und -bezeichnungen

Tabelle 10: QualiKo-Regionen und -bezeichnungen

Kürzel der QualiKo-Region	Regionenbezeichnung	Zentrales Tumorzentrum bzw. Onkologischer Schwerpunkt
MN	Mitte Nord	Stuttgart
MS	Mitte Süd	Tübingen
NW	Nordwest	Heidelberg / Mannheim
O	Ost	Ulm
SW	Südwest	Freiburg

Glossar

ADT-GEKID-Basisdatensatz	ADT und GEKID haben einen einheitlichen onkologischen Basisdatensatz verabschiedet. Er stellt ein Instrument zur einheitlichen onkologischen Dokumentation dar, um in den Bundesländern eine vergleichbare Erfassung und Auswertung der Krebsregisterdaten zu ermöglichen.
altersstandardisierte Neuerkrankungsrate	Um die Vergleichbarkeit von zwei oder mehr Untersuchungsgruppen mit unterschiedlicher Alterszusammensetzung herzustellen, wird ein statistisches Verfahren angewandt, das altersabhängige Einflüsse herausrechnet. Die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate beschreibt die Rate der Neuerkrankungen unter Berücksichtigung der Altersverteilung.
Best-of-Ebene / Best-of-Datensatz	Der Best-of-Datensatz wird gebildet, wenn zu einem Krebsfall mehrere Meldungen vorliegen. Die besten Informationen werden zu einem auswertbaren Datensatz zusammengeführt.
DCO-Fälle	Alle Krebspatienten, die dem Krebsregister nur durch die Todesbescheinigungen der Gesundheitsämter bekannt sind.
Diagnosejahr	Das Jahr, in dem die Diagnose gestellt wurde.
Entität	(lat. ens = seiend, Ding) ein Betrachtungsgegenstand in der Medizin; im Bericht sind damit die verschiedenen Tumoren gemeint.
Epidemiologie	Epidemiologie ist die Wissenschaft der Häufigkeit und Verteilung von Erkrankungen und deren Ursachen und Folgen in der Bevölkerung.
GKV-Spitzenverband	Bundesweiter Verband der Gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland
Grading	Ausmaß in dem das Tumorgewebe vom normalen Gewebe abweicht
Histologie	Lehre von den Geweben. Beschreibt die Beschaffenheit des biologischen Gewebes, bis hin zur mikroskopischen Anatomie.
Histopathologische Untersuchungsmethode	Mit der histopathologischen Untersuchung werden Gewebeproben mit intakten Zellverbänden untersucht. Damit können die Merkmale einzelner Zellen und deren Organisation zu Zellverbänden diagnostisch beurteilt werden. Die Untersuchung kann mit verschiedenen Verfahren erfolgen.
ICD-10-Klassifikation	Die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) ist ein Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Die aktuell für Deutschland gültige Ausgabe ist die ICD-10-GM. Die Zahl 10 weist auf die Revision hin, GM bedeutet German Modification.
In-situ Karzinome	Frühstadium eines malignen epithelialen Tumors, ohne invasives Wachstum. Die Tumorzellen haben die Basalmembran noch nicht durchbrochen.
kurativ	Heilend, auf Heilung ausgerichtet. Vollständige Wiederherstellung der Gesundheit – Heilung der Tumorerkrankung.

Median	Der Median beschreibt die Mitte aller Werte, die analysiert werden. Die Hälfte der Beobachtungswerte liegt über dem medianen Wert und die andere Hälfte liegt darunter.
Meldungsarten	Unterschieden werden Diagnosemeldungen, Pathologiemeldungen sowie Therapie- und Verlaufsmeldungen
Metastase	Tumorzellen, die ihren Entstehungsort (den Primärtumor) verlassen haben, sich in anderen Organen des Körpers niederlassen und sich dort vermehren. Nur bösartige (maligne) Tumorzellen metastasieren.
Organkrebszentrum	auf die Tumoren eines Organs spezialisiertes Zentrum
palliativ	Beschwerden einer Krankheit lindernd. Die Palliativtherapie ist eine Behandlung zur Linderung oder Beherrschung von Symptomen, wenn eine Heilung unmöglich ist. Dafür steht die Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen im Vordergrund, der bestmögliche Erhalt der Lebensqualität, Nähe und Zuwendung.
Qualitätsindikator	Messgrößen, deren Ausprägung eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität ermöglichen
relative 5-Jahres-Überlebensraten	Die relative Überlebensrate beurteilt die Überlebensaussichten nach einer Krebsdiagnose unter Berücksichtigung der Tatsache, dass eine gewisse Sterblichkeit bei Personen gleichen Alters und Geschlechts auch ohne Krebserkrankung vorliegt. Die relative Überlebensrate setzt dafür das Überleben der an Krebs erkrankten Person zum Überleben einer Person gleichen Alters und Geschlechts aus der Allgemeinbevölkerung ins Verhältnis. Somit bedeutet eine relative 5-Jahres-Überlebensrate von 100%, dass die Sterblichkeit zwischen den Erkrankten und der Allgemeinbevölkerung gleich hoch ist.
Resektionsstatus (R-Klassifikation)	Zustand nach der operativen Entfernung des Tumors. Er wird in drei Klassen graduiert um die Vollständigkeit der Resektion zu beschreiben (R0, R1 und R2). Die Ausprägung RX bedeutet „Vorhandensein von Resttumor kann nicht beurteilt werden“.
Rezidiv	Wiederauftreten einer Krankheit, Rückfall
S3-Leitlinie	Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge einer Erkrankung mit der höchsten Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik.
Stadiengruppierung	Möglichkeit der Stadieneinteilung einer Krebserkrankung aufgrund der TNM-Klassifikation und unter Berücksichtigung der Histologie. Die Gruppierung ist Grundlage für alle weiteren Therapieentscheidungen.
Staging	Bestimmung der Ausdehnung eines malignen Tumors durch operative Exploration oder Biopsie und Zuordnung des Tumors zu Stadien der TNM-Klassifikation
TNM-Klassifikation	Klassifikationssystem, das die anatomische Ausbreitung bösartiger Tumoren beschreibt. Einbezogen werden die Ausbreitung des Primärtumors (T), das Fehlen oder Vorhandensein und die Ausbreitung von Lymphknotenmetastasen (N) und

die Fernmetastasierung (M). Durch Hinzufügen von Ziffern zu diesen drei Komponenten wird die Ausbreitung der malignen Erkrankung angezeigt. Berücksichtigt wird dabei die Histologie.

Vollständigkeit

Die Vollständigkeit der Information zu einer Tumorerkrankung im Krebsregister liegt vor, wenn alle onkologisch relevanten Informationen zu Diagnose, Therapie und Nachsorgeuntersuchungen vorhanden sind.

Vollzähligkeit

Der Begriff der Vollzähligkeit beschreibt, dass alle meldepflichtigen Erkrankungen im Krebsregister erfasst sind. Dies ist nur möglich, wenn die behandelnden Ärzte umfassend ihrer Meldepflicht nachkommen.

Allgemein wird eine Vollzähligkeit von mindestens 90% angestrebt. Der tatsächliche Vollzähligkeitsgrad des Krebsregisters wird durch unterschiedliche Methoden geschätzt, dies erfolgt durch das Zentrum für Krebsregisterdaten am Robert Koch-Institut. Erst mit einem mindestens 90%igen Vollzähligkeitsgrad sind die Analysen der Registerdaten aussagekräftig.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Meldungsverteilung Prostatakarzinom (ICD-10: C61)	13
Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung der Histologiegruppen beim Prostatakarzinom (ICD-10: C61, ED 2012-2015).....	14
Tabelle 3: Qualitätsindikatoren Prostatakarzinom (PCa, ICD-10: C61)	15
Tabelle 4: Meldungsverteilung Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67)	16
Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Histologiegruppen beim Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67, ED 2012-2015).....	16
Tabelle 6: Qualitätsindikatoren Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67).....	18
Tabelle 7: Behandlungsortbezogene Meldungen nach Meldungsart im KRBW	23
Tabelle 8: Nur wohnortbezogene Meldungen nach Meldungsart im KRBW	23
Tabelle 9: Einwohner nach Landkreis, Statistisches Landesamt (Stand: 12/2015)	24
Tabelle 10: QualiKo-Regionen und -bezeichnungen	26

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Regionen der fünf regionalen Qualitätskonferenzen in Baden-Württemberg1

Abbildung 2: Anteil der stadiengruppierbaren Fälle bei Lungenkarzinomen (ICD-10: C34) im Jahresvergleich von 2012 bis 20155

Abbildung 3: Anteil der spezifischen Histologien Fälle bei Lungenkarzinomen (ICD-10: C34) im Jahresvergleich von 2012 bis 20155

Abbildung 4: Häufigkeitsverteilung der UICC-Stadien bei Lungenkarzinomen (ICD-10: C34)5

Abbildung 5: Anteil stadiengruppierbarer Diagnosemeldungen (ICD-10: C18-C20)6

Abbildung 6: Anteil spezifischer OP-Meldungen mit R-Angabe (ICD-10: C18-C20)6

Abbildung 7: Zeitdifferenz zwischen Diagnosedatum und Meldedatum bei Fällen zu kolorektalen Karzinomen (ICD-10: C18-20) (Erstdiagnose 2012-2015).....7

Abbildung 8: Zeitdifferenz zwischen OP-Datum und Meldedatum bei Fällen zu kolorektalen Karzinomen (ICD-10: C18-20) (Erstdiagnose 2012-2015).....7

Abbildung 9: Versorgungsstruktur Uroonkologie Baden-Württemberg (Stand 09/2017)10

Abbildung 10: Erfassungsgrad Prostatakarzinom (ICD-10: C61) ohne Pathologiemeldungen, ED 2014 (EKR; Stand: 28.03.2018)11

Abbildung 11: Erfassungsgrad Prostatakarzinom (ICD-10: C61) mit Pathologiemeldungen, ED 2014 (EKR; Stand: 28.03.2018)11

Abbildung 12: Erfassungsgrad Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67) ohne Pathologiemeldungen, ED 2014 (EKR; Stand: 28.03.2018)12

Abbildung 13: Erfassungsgrad Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67) mit Pathologiemeldungen, ED 2014 (EKR; Stand: 28.03.2018)12

Abbildung 14: Häufigkeitsverteilung nach Alter bei Erstdiagnose eines Prostatakarzinoms (ICD-10: C61, ED 2012-2015)14

Abbildung 15: Verteilung der R-Klassifikation bei festgelegten tumorresezierenden Eingriffen beim Prostatakarzinom (ICD-10: C61).....14

Abbildung 16: QI 2 Befundbericht Lymphknoten, Prostatakarzinom (ICD-10: C61) (ausgewertet nach Patientenwohntort).....15

Abbildung 17: QI 5 LDR Monotherapie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom (ICD-10: C61)15

Abbildung 18: Häufigkeitsverteilung nach Alter und Geschlecht bei Erstdiagnose eines Harnblasenkarzinoms (ICD-10: C67).....17

Abbildung 19: R-Klassifikation nach Zystektomie beim Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67) innerhalb 12 Monate nach ED17

Abbildung 20: Anteile der Diagnosen zu Neubildungen in der Harnblase nach Regionen (ED 2012-2015).....18

Abbildung 21: Anteil Lymphknotenentfernung beim Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67) nach Stadt- und Landkreisen.....18

Abbildung 22: QI 3: Anteil Lymphknotenentfernung beim Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67) nach Einrichtungen (ED 2012-2015)18

Abbildung 23: QI 4: Anteil Zystektomie beim Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67) innerhalb 4 Monate nach ED nach Landkreisen.....19

Abbildung 24: Anteil Zystektomie beim Harnblasenkarzinom (ICD-10: C67) innerhalb 4 Monate nach ED nach Einrichtungen 19

Abkürzungsverzeichnis

ADT	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V.
BW	Baden-Württemberg
BWKG	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.
DCO	Death certificate only (Für solche Krebsfälle liegen die Informationen allein vom Totenschein vor)
ED	Erstdiagnose
EKR	Epidemiologisches Krebsregister
GEKID	Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KFRG	Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz
KLR	Klinische Landesregisterstelle
KrebsRVO	Krebsregisterverordnung
KRBW	Krebsregister Baden-Württemberg
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
LÄK	Landesärztekammer
LDR	Low-Dose-Rate-Brachytherapie
LK	Landkreis
LKrebsRG	Landeskrebsregistergesetz
MN	Region Mitte Nord
MS	Region Mitte Süd
N, n	Anzahl
NW	Region Nordwest
O	Region Ost
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OSP	Onkologischer Schwerpunkt
QualiKo	Geschäftsstelle Qualitätskonferenzen
RCT	Radiochemotherapie
RKI	Robert Koch-Institut
RZE	Radikale Zystektomie
SK	Stadtkreis
SW	Region Südwest
TNM	Klassifikation der Tumorausbreitung (siehe Glossar)
UICC	Union for International Cancer Control
ZfKD	Zentrum für Krebsregisterdaten

Literatur

CHANG, A.J. ET AL.: High-Risk Prostate Cancer: Classification and therapy. *Nat Rev Clin Oncol.* 2014. 11. 308-323.

COOPERBERG, M.R. ET AL.: Time trends in clinical risk stratification for prostate cancer: Implications for outcomes (data from CaPSURE). *The Journal of Urology.* 2003. 170. S21-S27.

COOPERBERG, M.R. ET AL.: High-Risk Prostate Cancer in the United States, 1990-2007. *World J Urol.* 2008. 26. 211-218.

DEUTSCHE KREBSGESELLSCHAFT, DEUTSCHE KREBSHILFE, AWMF: Leitlinienprogramm Onkologie. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms. Langversion 4.0. Dezember 2016. AWMF-Registernummer 043/022OL.

DEUTSCHE KREBSGESELLSCHAFT, DEUTSCHE KREBSHILFE, AWMF: Leitlinienprogramm Onkologie. S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms Langversion 1.1. November 2016. AWMF-Registernummer 032/0380L.

DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION (DIMDI): Diagnoseschlüssel ICD-10-GM Version 2016.

DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION (DIMDI): Internationale Klassifikation der Krankheiten für die Onkologie, 3. Ausgabe, erste Revision, 2013.

DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION (DIMDI): Operationen- und Prozedurenschlüssel Versionen 2012 bis 2016.

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES (GBE): Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt. Abgerufen: 2017. www.gbe-bund.de

ROBERT KOCH-INSTITUT: Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Berlin.

ROBERT KOCH-INSTITUT UND DIE GESELLSCHAFT DER EPIDEMIOLOGISCHEN KREBSREGISTER IN DEUTSCHLAND E.V. (HRSG): Krebs in Deutschland für 2013/2014. 11. Ausgabe. 2017. Berlin.

SHIPLEY W.U. ET AL.: Radiation with or without antiandrogen therapy in recurrent prostate cancer. *The New England Journal of Medicine (N Engl J Med)* 2017, 376: 417-428.

STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÜRTTEMBERG (Hrsg.): Bevölkerung, Gebiet und Bevölkerungsdichte. Datenstand: 31.12.2015. Zuletzt abgerufen am 16.05.2018 unter: <http://www.statistik-bw.de>.

WITTEKIND C. UND MEYER H.-J.: TNM Klassifikation maligner Tumoren, 7. Auflage, Verlag Wiley-Blackwell: Weinheim 2010.