

22. Informationstagung Tumordokumentation der klinischen und epidemiologischen Krebsregister

19. - 21. Juni 2017
in Potsdam

Krebsregister – vom Gesetz
zum Nutzen für PatientInnen

Programmheft



Liebe Tagungsgäste,

herzlich willkommen zur 22. Informationstagung Tumordokumentation in Potsdam. „Krebsregister – vom Gesetz zum Nutzen für Patientinnen und Patienten“ lautet das Motto dieser Tagung.

Bis Ende 2017 muss der Aufbau der klinischen Krebsregistrierung auf der Basis des KFRG soweit fortgeschritten sein, dass 2018 die Förderkriterien der gesetzlichen Krankenkassen erfüllt werden können. Diese Aufbauarbeit bindet derzeit in den davon betroffenen sogenannten KFRG-Registern enorme Kräfte. Gesetze müssen zum Teil noch verabschiedet und vor allem umgesetzt werden. Qualifiziertes Personal wird gesucht und räumliche sowie technische Infrastruktur entwickelt. Dabei ist eine große Menge technischer Detailfragen zu klären, die zum Teil unterschiedlichen, der Natur des Föderalismus geschuldeten, Varianten in der Umsetzung des KFRG geschuldet sind.

In dieser Zeit intensiver Tätigkeit von Arbeitsgruppen auf verschiedenen Ebenen schien es uns wichtig zu sein, mit dem Tagungsmotto in Erinnerung zu rufen, dass trotz der notwendigen Fokussierung auf die Aufbauarbeit die Verbesserung der Situation von Patientinnen und Patienten letztlich im Mittelpunkt steht.

Dabei soll zunächst denen, die nicht direkt in der beschriebenen Aufbauarbeit stecken, wie beispielsweise die klinikbezogenen Register, ein Überblick über den Umsetzungsstand des KFRG gegeben werden. Die Arbeit dieser Register, die ja einen Großteil der Melder abbilden, ist enorm wichtig für eine gute Qualität der Daten, die wir für aussagekräftige Statistiken und patientenbezogene Bereitstellung von Informationen benötigen. KFRG-Register und Melder müssen ihr gegenseitiges Verständnis fördern und kultivieren.

Da das System der Krebsregistrierung kontinuierlich weiterentwickelt werden muss, ist ein Blick über die Grenzen hilfreich. Welche Optionen bestehen anderswo in Bereichen, in denen wir in Deutschland vielleicht Probleme haben?

Bei den Sitzungen zu den Auswertungen von Daten geht es zum einen darum, exemplarisch auf ganz unterschiedlichen Feldern zu verdeutlichen, welche Aussagen zur Qualität der Versorgung die Register bereits jetzt leisten können und welche methodischen Ansätze es in unterschiedlichen Bereichen gibt. Zum anderen geht es um Evaluationen von patientennahen Dienstleistungen wie zum Beispiel Tumorkonferenzen.

Die Datenqualität als Ergebnisqualität der Registrierung benötigt als Fundament Strukturqualität der Register. Eine wesentliche Säule ist dabei die Qualifikation der Dokumentierenden. Daher haben wir auch dieses Mal Fortbildungsvorträge und Workshops in die Tagung integriert bzw. ihr vor- und nachgeschaltet. Einige Vorträge widmen sich darüber hinaus auch der Vorstellung von Informations- und Qualifikationsangeboten.

Kürzlich wurde in einem Artikel im Deutschen Ärzteblatt betont, dass das Potenzial registerbasierter Studien noch nicht ausgeschöpft sei. D.h. neben der eigenen Aufbereitung von Daten ist der Austausch mit Studien und anderen Registern von enormer Bedeutung. Es wäre Verschwendung, die Ressource Krebsregister nicht intensiv zu nutzen. Eine Option ist die gemeinsame Auswertung von Daten, wie sie 2018 bereits zum siebten Mal im Rahmen der Onkologischen Qualitätskonferenz stattfinden soll. Sie soll nicht nur inhaltliche Erkenntnisse vermitteln, sondern auch immer wieder Wissenschaftler animieren, dieses Potenzial zu entdecken und zu nutzen.

In diesem Sinn danke ich bereits jetzt allen Mitwirkenden für ihr Engagement und wünsche uns einen gewinnbringenden Austausch von Ideen und Erfahrungen.

Ihr Udo Altmann

Programm

Montag, 19.06.2017

09:00 - 12:30 Uhr

Parallele Workshops

Workshop I:

Wie kann man die Qualität der onkologischen Versorgung messen?

PD Dr. Annelore Altendorf-Hofmann

Workshop II:

Die OncoBox und ich - Die Optimierung der Verwendung der OncoBox

Arbeitsgemeinschaft deutscher Darmkrebszentren e. V., Deutsche Krebsgesellschaft e. V., ADT e. V.

12:30 – 13:15 Uhr Mittagspause

13:15 - 13:30 Uhr

Kongresseröffnung

H. Pohle, Landesärztekammer Brandenburg

13:30 - 15:45 Uhr

Plenum 1

Umsetzung Nationaler Krebsplan und KFRG

Vorsitz: F. Hofstädter, H. Kerek-Bodden

13:30 – 13:40 Was braucht der Patient/in vom Nationalen Krebsplan und Krebsregistern

H. Kerek-Bodden, Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V., Bonn

13:40 – 14:00 Nationaler Krebsplan

F. Hofstädter, ADT e. V., Berlin

14:00 – 14:20 Umsetzungsstand in den Ländern

A. Tillack, Plattform §65c-Register

14:20 – 14:40 Unterstützung und Begleitung der Umsetzung durch ADT/GEKID

F. Hofstädter, A. Katalinic, Berlin und Lübeck

14:40 – 15:25 Kurzpräsentationen der Umsetzung in den Ländern

15:25 – 15:45 Posterbegehung (geht in Pause über)

15:45 – 16:15 Uhr Kaffeepause

16:15 - 17:45 Uhr

Plenum 2

Perspektive Europa

Vorsitz: F. Hofstädter, A. Katalinic

16:15 – 16:35 Initiative - European Round Table Meetings

U. Helbig, Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin

16:35 – 16:55 Die Krebsregistrierung in der Schweiz: Stand und Perspektive

R. Heusser, Foundation National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER), Zürich

16:55 - 17.15 Aktivitäten des europäischen Netzwerks der Krebsregister (ENCR)

A. Katalinic, Lübeck

17.15 – 17:45 Gemeinsame Diskussion: Was können wir lernen?

ab 18:30 Uhr Stadtrundfahrt (Details S. 37)

Aktivitäten des europäischen Netzwerks der Krebsregister (ENCR)

A. Katalinic

Vorsitzender des ENCR

Das ENCR (European Network of Cancer Registries) wurde im Jahr 1989 mit dem Ziel der Verbesserung und Harmonisierung der Krebsregistrierung in Europa gegründet. Heute hat das Netzwerk über 160 Mitglieder. Das ENCR wurde von 1989 bis 2012 durch Projektförderung finanziert, wobei keine Nachhaltigkeit in der Finanzierung gegeben war. So musste das ENCR weite Strecken mit wenigen Mitteln und daraus folgend wenigen Aktivitäten bewältigen.

Im Jahr 2013 konnte ein Durchbruch erreicht werden. Die Europäische Kommission beschloss, die Krebsregistrierung auf Europa-Ebene stärker zu unterstützen und beauftragte das JRC (Joint Research Centre, Ispra, Italien) mit der Einrichtung einer Arbeitsgruppe „Cancer Information“. Das JRC übernahm die Funktion der Geschäftsstelle des ENCR und stellt nun wichtige Strukturen für neue Aktivitäten bereit. Ein Team von ca. acht Personen stellt ihre Manpower in den Dienst der Krebsregistrierung. Das ENCR Steering Committee kann sich nun wieder mehrfach im Jahr treffen und lange liegen gebliebene Aufgaben gemeinsam mit dem JRC auf den Weg bringen. Bereits umgesetzt sind die Definition eines europäischen Datensatzes, Vorschläge für Qualitätskontrollen, eine Software zur Durchführung von Datenchecks, ein Aufruf zur Datenübermittlung von Registerdaten und ein elektronisches Datennahme-Portal. Eine neue ENCR-Homepage wurde erstellt, Fact Sheets erarbeitet und erste Trainingskurse angeboten. Darüber hinaus arbeiten mehrere Arbeitsgruppen an der Aktualisierung der veralteten Empfehlungen zur Krebsregistrierung, z.B. zum Inzidenzdatum oder zu Mehrfachtumoren.

Auf den „Call for Data“ hin haben über 100 Krebsregister ihre Daten übermittelt und derzeit läuft die Datenauswertung. Geplant ist es, im Oktober mit dem ECIS – dem European Cancer Information System, ein interaktives Datenportal für europäische Krebsregisterdaten – an den Start zu gehen.

Die Entwicklung der Krebsregistrierung auf europäischer Ebene hat in den letzten drei Jahren einen gewaltigen Schritt nach vorne gemacht. Auch wenn es noch viele Probleme zu bewältigen gibt und Lücken in der Registrierung in vielen Ländern noch zu schließen sind, gibt es mit dem JRC jetzt erstmals in Europa eine nachhaltige Struktur, die die Erfassung und Nutzung von Krebsregisterdaten auf hohem Niveau kontinuierlich vorantreibt.

Univ. Prof. Dr. Alexander Katalinic
Universität zu Lübeck
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Ratzeburger Allee 160, 23562 Lübeck
Tel.: 0451/500 51200, E-Mail: Alexander.Katalinic@uksh.de

Programm

Dienstag, 20.06.2017

09:00 - 10:30 Uhr

Plenum 3

Auswertungen von Daten aus Krebsregistern I

Vorsitz: F. Brinkmann, H. Wilsdorf-Köhler

- 09:00 - 09:20 **Schätzung des Anteils verpasster Todesfälle in bevölkerungsbezogenen Krebsregistern**
K. Kraywinkel, St. Dahm, B. Barnes, Berlin
- 09:20 - 09:35 **Primär metastasierte Mammakarzinome - Langfristig verbesserte Prognose**
G. Wegener, P. Hillemanns, Hannover
- 09:35 - 09:55 **Tumordokumentation als Instrument zur Qualitätskontrolle und Versorgungsforschung am Beispiel urologischer Tumoren**
Th. Steiner, H. Wunderlich, H. Göbel, Erfurt und Eisenach
- 09:55 - 10:10 **Systemische Behandlung von Nierenkarzinomen - Was geben die Daten der Onkologischen Qualitätskonferenz dazu her?**
G. Wegener, Hannover
- 10:10 - 10:30 **Die Versorgung von Patienten mit retroperitonealen Sarkomen in Oberfranken**
D. Eckert, T. Maisel, K. Kletzke, B. Greger, A. Altendorf-Hofmann, Bayreuth

10:30 – 11:00 Uhr Kaffeepause

Schätzung des Anteils verpasster Todesfälle in bevölkerungsbezogenen Krebsregistern

K. Kraywinkel, St. Dahm, B. Barnes

Zentrum für Krebsregisterdaten am Robert Koch-Institut, Berlin

Einleitung

Für Krebsregister ist die Qualität des Mortalitäts-Follow-Up entscheidend, um sowohl einrichtungs- als auch bevölkerungsbezogen eine Vergleichbarkeit von Überlebensraten zu gewährleisten. Vom Register verpasste Todesfälle können zu einer Akkumulation scheinbar unsterblicher Patienten und damit zu einer Überschätzung vor allem von Langzeit-Überlebensraten führen [1], es fehlt jedoch bisher an einer objektivierbaren und standardisierten Methode zur quantitativen Schätzung ihres Anteils.

Material und Methoden

Ausgehend von den SEER-Daten wurden für ausgewählte Krebserkrankungen mit schlechter Prognose (ICD-10: C15, C22-C25, C34, C45, C71, C90, C91.0, C92.0 und C92.1) zwei Gruppen von Patientinnen und Patienten identifiziert, deren beobachtetes 10-Jahres-Überleben in den USA jeweils unter 1% liegt: (a) bei einem Diagnosealter von mindestens 85 Jahren sowie (b) bei einem Diagnosealter von 70 bis 84 Jahren mit Fernmetastasen bei Erstdiagnose. Unter der Annahme eines vergleichbaren „wahren“ Überlebens für diese Patientengruppen in den USA und Deutschland wurden anhand der in den epidemiologischen Krebsregistern aus 14 Bundesländern beobachteten 10-Jahres-Überlebensraten die Anteile verpasster Todesfälle geschätzt. Dabei wurde sowohl die Kohortenmethode (1999-2003, n=17.967) als auch der Periodenansatz (2009-2013) angewandt.

Ergebnisse

Der geschätzte Anteil verpasster Todesfälle lag bei der Kohortenmethode je nach Bundesland zwischen 0,6% und 9,9% (gesamt 1,9%) und für den Periodenansatz zwischen 0,2% und 10,3% (gesamt 2,1%). Der Vergleich zwischen beiden Patientengruppen sowie Kohorten- und Periodenansatz zeigte für die einzelnen Regionen hohe Übereinstimmungen.

Zusammenfassung und Diskussion

Die Methode ermöglicht erstmals eine quantitative Abschätzung der Qualität des Mortalitäts-Follow-up in bevölkerungsbezogenen Krebsregistern. Einschränkungen sind die notwendige lange Beobachtungsdauer und die fragliche Übertragbarkeit auf die Gesamtdaten. Die Ergebnisse sprechen für eine im Vergleich zu SEER zwar eingeschränkte, für die meisten Bundesländer jedoch akzeptable Qualität der Follow-up Daten in Deutschland.

Literatur

[1] Brenner H, Hakulinen T (2009) Implications of incomplete registration of deaths on long-term survival estimates from population-based cancer registries. *Int. J. Cancer*: 125, 432–437.

Dr. Klaus Kraywinkel
Zentrum für Krebsregisterdaten am Robert Koch-Institut, Berlin,
Tel.: 030/18754-3170, E-Mail: k.kraywinkel@rki.de

Primär metastasierte Mammakarzinome

Langfristig verbesserte Prognose

G. Wegener (1), P. Hillemanns (2)

Klinisches Krebsregister (1) und
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2) der Medizinischen Hochschule Hannover

Einleitung

Lange Zeit galt, dass das Überleben (primär) metastasierter Karzinome, auch solche der Mamma, stark limitiert und therapeutisch kaum noch beeinflussbar ist. Während das Überleben der Mammakarzinome insgesamt in den letzten fünfzig Jahren bei gleichzeitig schonenderer Behandlung stetig verbessert werden konnte, schien es bei der Prognose der M1-Patientinnen kaum Veränderung zu geben. Aber auch da hat sich offenbar etwas getan, das an den Patientinnen unseres Registers wie auch anderswo [1] eindrucksvoll gezeigt werden kann.

Material und Methoden

Im Rahmen dieser Auswertung wurden 5.782 Patientinnen aus dem Klinischen Krebsregister der Medizinischen Hochschule der Jahre 1991 bis 2010 mit einem Mammakarzinom betrachtet. Insbesondere wurden von den 337 M1- und 1.805 N+M0-Patientinnen Überlebenszeiten nach dem Verfahren von Kaplan und Meier geschätzt und für verschiedene Gruppen mit dem Log-Rank-Test verglichen.

Ergebnisse

Sowohl für die M1- als auch für die N+M0-Patientinnen kann gezeigt werden, dass sich das Überleben im Vergleich der zwei Dekaden 1991-2000 und 2001-2010 hochsignifikant verbessert hat.

Diskussion

Es ist eine wichtige Aufgabe klinischer Krebsregister, zu zeigen, ob der wissenschaftliche Fortschritt auch bei allen Patienten ankommt. Insbesondere sollte dieser bei solchen Patienten gesucht und geprüft werden, die auf Grund ihres fortgeschrittenen Stadiums besonders zu leiden haben.

Zusammenfassung

Klinische Krebsregister sollten in der Lage sein, auch spontan gestellte Auswertungsanfragen zuverlässig ohne lange Vorbereitung beantworten zu können.

Literatur

[1] https://www.tumorregister-muenchen.de/facts/surv/sC50f_G-ICD-10-C50-Mammakarzinom-Frauen-Survi-val.pdf (zugegriffen am 18.3.2017)

Dr. G. Wegener
Medizinische Hochschule Hannover
Tumorzentrum (OE 8850)
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
Tel.: 0511/532-5902, E-Mail: wegener.gerd@mh-hannover.de

Tumordokumentation als Instrument zur Qualitätskontrolle und Versorgungsforschung am Beispiel urologischer Tumoren

Th. Steiner (1), H. Wunderlich (2), H. Göbel (3)

(1) Klinik für Urologie, HELIOS Klinikum Erfurt, (2) Klinik für Urologie und Kinderurologie, St. Georg Klinikum Eisenach, (3) Klinisches Krebsregister, Tumorzentrum Erfurt

Einleitung

Die Umsetzung aktueller Leitlinien und Messung der Versorgungsqualität im klinischen Alltag stellt eine Herausforderung dar. Versorgungsforschung auf der Basis der durch Tumorzentren dokumentierten Patientendaten soll helfen, derartige Fragen zu beantworten und neue Arbeitshypothesen für klinische Forschungsprojekte zu generieren.

Material und Methoden

An Hand der an das regionale klinische Tumorregister gemeldeten histologischen und Operationsdaten aus sieben urologischen Kliniken wurde die Entwicklung der Nierentumorchirurgie im Zeitraum von 2000 bis 2016 retrospektiv evaluiert und mit dem Tumorstadium sowie klinischen Parametern (Alter, Geschlecht) korreliert. Für Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom wurden risikoadaptiert und stratifiziert nach der eingesetzten Lokaltherapie Analysen zum Gesamtüberleben durchgeführt.

Ergebnisse

Insgesamt erfolgten an den erfassten Kliniken nahezu 4.000 operative Eingriffe bei Nierenzellkarzinomen. Die Rate der Nierenteilresektionen über alle Tumorstadien stieg von 19,3 % im Jahr 2005 über 34,6 % 2010 auf 61,5 % 2016. Bei pT1-Tumoren erfolgten 2005 27,0 %, 2010 51,3 % und 2016 84,0 % Teilresektionen mit stabiler Teilresektionsrate 2015/2016. Durch den breiten Einsatz der Nierenteilresektion nahm die Anzahl dieser Eingriffe auch bei lokal fortgeschrittenen Tumoren des Stadiums pT3 auf zuletzt 20,9 % zu. In der retrospektiven Analyse zum Gesamtüberleben zeigt sich ein Überlebensvorteil der teilresezierten gegenüber den nephrektomierten Patienten, der altersabhängig abnimmt und in der Gruppe >70 Jahre keine statistische Signifikanz mehr erreicht. Männer unter 75 Jahren profitieren signifikant von der Nierenteilresektion, während ein Überlebensvorteil für Frauen aller Altersgruppen nicht dargestellt werden kann.

In der monozentrischen Analyse zum Gesamtüberleben nach Lokaltherapie eines Prostatakarzinoms wurden für den Zeitraum 2000 bis 2016 insgesamt 2195 Patientenverläufe beobachtet. In der Analyse des Gesamtüberlebens lässt sich die Risikostratifizierung nach S3-Leitlinie klar nachvollziehen mit im Langzeitverlauf Vorteilen im Überleben radikal prostatektomierter Patienten im Vergleich zu strahlentherapeutischen Techniken.

Zusammenfassung

Auf regionaler Ebene lässt sich die Umsetzung von Leitlinienempfehlungen in der Nierentumorchirurgie sowie die Risikostratifizierung von Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom an Hand der durch das Tumorzentrum dokumentierten Patientendaten sehr gut nachvollziehen. Diese eignen sich daher als Instrument zur Qualitätssicherung. In der retrospektiven Analyse gewonnene Analysen zum Überleben in Abhängigkeit von klinischen Parametern helfen zudem, interessante Ansatzpunkte für weiterführende wissenschaftliche Arbeiten zu generieren.

Prof. Dr. med. Thomas Steiner
Klinik für Urologie, HELIOS Klinikum Erfurt
Nordhäuser Straße 74, 99089 Erfurt
Tel.: 0361/781-2201, E-Mail: thomas.steiner@helios-kliniken.de

Systemische Behandlung von Nierenkarzinomen

Was geben die Daten der Onkologischen Qualitätskonferenz dazu her?

G. Wegener, H. Geilich

Klinisches Krebsregister der Medizinischen Hochschule Hannover

Einleitung

Die Onkologische Qualitätskonferenz [1] im Rahmen des Deutschen Krebskongresses zeigt seit vielen Jahren die hervorragende Leistungsfähigkeit bestehender klinischer Krebsregister hinsichtlich Auswertbar- und -sagefähigkeit der von ihnen gesammelten Daten.

Material und Methoden

Am Beispiel der 83.613 ausgewerteten Nierenkarzinome, 11.018 davon M1, wird die Frage untersucht, inwieweit diese Daten auch in die Lage versetzen können, das rapide zunehmende Angebot neuer medikamentöser Verfahren zu beschreiben und zu bewerten.

Ergebnisse

Die Daten von 27 der teilnehmenden 32 klinischen Register enthielten Angaben zur systemischen Behandlung primär metastasierter Nierenkarzinome. Es war eine aufwändige Umkodierung der Rohdaten notwendig, um Aussagen auf der Basis verabreichter Substanzen erhalten zu können. Zu 3.095 (28%) der 11.018 M1-Patienten lagen auswertbare Angaben vor. Es zeigte sich ein sehr heterogenes Bild. Am häufigsten genannt wurden Sunitinib (38%), Interferon (30%), Temsirolimus (14%), Interleukin 2 (13%) und Fluorouracil (13%).

Diskussion

Hinsichtlich der Verbreitung und Beurteilung der Anwendung insbesondere neuer systemischer Behandlungsverfahren ist es notwendig, die angewandten Substanzen zu dokumentieren. Das ist im Basisdatensatz auch vorgesehen, leider jedoch ohne offizielle Kodierung ([2] pp. 25,26), so dass eine Auswertung sehr aufwändig ist. Der OPS-Schlüssel ist dazu, wie zu etlichen anderen leitlinienrelevanten Sachverhalten, nur sehr eingeschränkt zu gebrauchen.

Zusammenfassung

Hinsichtlich der Häufigkeit und Verbreitung systemischer Therapien können klinische Krebsregister Auskunft geben, für differenzierte Auswertungen dazu reichen ihre Daten jedoch nicht aus. Das bleibt nach wie vor klinischen Studien vorbehalten. Aber die Zusammenarbeit zwischen Studien und Registern sollte gepflegt und ausgebaut werden.

Literatur

[1] http://www.tumorzentren.de/tl_files/dokumente/Qualitaetskonferenzen/6.%20Bundesweite%20Onkologische%20Qualitaetskonferenz/6.OQK_DKK2016_gesamt.pdf (zugegriffen am 19.03.2017)

[2] http://www.tumorzentren.de/tl_files/dokumente/Module%20zum%20Basisdatensatz/Bundesanzeiger_BDS_28.04.14.pdf (zugegriffen am 19.03.2017)

Dr. G. Wegener
Medizinische Hochschule Hannover
Tumorzentrum (OE 8850)
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
Tel.: 0511/532-5902, E-Mail: wegener.gerd@mh-hannover.de

Die Versorgung von Patienten mit retroperitonealen Sarkomen in Oberfranken

D. Eckert, T. Maisel, K. Kletzke, B. Greger, A. Altendorf-Hofmann

Krebsregister Oberfranken e.V.

Einleitung

Retroperitoneale Sarkome sind extrem selten (etwa 3 Neuerkrankungen/1 000 000/Jahr), zeigen eine vielfältige Histologie und ein hohes Risiko für Lokalrezidive. Dennoch sind die Leistungserbringer an Aussagen zum Ergebnis ihrer Behandlung interessiert.

Material und Methoden

Wir führten eine retrospektive Analyse aller im Krebsregister Oberfranken dokumentierten Patienten mit einem retroperitonealen Sarkom durch. Berücksichtigt wurden Alter, Geschlecht, Histologie, Grading, Tumorgröße, R-Klassifikation, Behandlung und das Auftreten eines Tumorrückfalls. Alle Patienten wurden bis zu ihrem Tod, bis Ende 2016 oder mindestens 10 Jahre nach der Diagnose beobachtet.

Ergebnisse

Es fanden sich 69 Patienten mit einem retroperitonealen Sarkom von 14 Meldern. Die rohe Inzidenz von 2002-2016 für Oberfranken betrug im Median 4 Neuerkrankungen/1 000 000/Jahr. Am häufigsten sahen wir Liposarkome (Lipo-Sa) (41) und Leiomyosarkome (Leio-Sa) (13). Seltener waren Gastrointestinales Stromasarkom, Riesenzellsarkom, Undifferenziertes Sarkom, Fibrosarkom, Malignes fibröses Histiozytom, Angiomyosarkom, Synovialsarkom, Hämangiosarkom und Malignes Neurilemmom. 12 Patienten haben bislang länger als 10 Jahre nach Diagnose überlebt. Die 10-Jahres-Überlebensraten (10-J-ÜR) und 10-Jahres-Rezidivraten (10-J-RR) nach lokal radikaler Tumoresektion zeigt die Tabelle.

Gruppe	Anzahl	med. ÜZ Monate	10-J-ÜR %	p	Anzahl	10-J-RR	p
alle	69	47	27 ± 6	---	46	64 ± 12	---
Lipo-Sa	41	66	27 ± 8	0,761	27	84 ± 14	0,407
Leio-Sa	13	47	21 ± 12		10	45 ± 20	
M0	60	67	32 ± 7	<0,001	46	---	---
M1	9	4	0		0	---	
R0	35	105	48 ± 9	<0,001	35	60 ± 13	0,916
nicht R0	34	12	5 ± 5		11	100	
G1	26	>120	57 ± 12	<0,001	21	63 ± 18	0,407
G2/G3	43	15	11 ± 5		25	70 ± 16	

Diskussion

Die kontinuierliche Dokumentation von seltenen Tumoren über einen langen Zeitraum erfordert einen erheblichen Aufwand im klinischen Krebsregister. Jedoch können nur sie belastbare und detaillierte regionale Daten zur Behandlung von seltenen Tumoren liefern. Trotz der erheblichen Unterschiede in der Größe der Stichprobe, fand sich eine gute Übereinstimmung in der rohen Inzidenz mit der Studie von Porter [1]. Auch die Resektions- und Überlebensraten waren durchaus mit international publizierten Daten vergleichbar [1-2].

Zusammenfassung

Unsere Ergebnisse zeigen, dass gerade bei sehr seltenen Tumorentitäten die klinischen Krebsregister signifikante Beiträge zur Beurteilung der regionalen Versorgung liefern können.

Literatur

[1] Porter GA1, Baxter NN, Pisters PW., Retroperitoneal sarcoma: a population-based analysis of epidemiology, surgery, and radiotherapy. *Cancer*. 2006 Apr 1; 106(7):1610-6.

[2] Park JO1, Qin LX, Prete FP, Antonescu C, Brennan MF, Singer S. Predicting outcome by growth rate of locally recurrent retroperitoneal liposarcoma: the one centimeter per month rule. *Ann Surg*. 2009 Dec;250 (6) :977-82.

Doris Eckert
Tumorzentrum Oberfranken e.V.
Hohe Warte 8
95445 Bayreuth
Tel.: 0921/400-3822, E-Mail: doris.eckert@tumorzentrum-oberfranken.de

11:00 - 12:00 Uhr

Plenum 4

Meldermotivation und Nutzen

Vorsitz: B. Holleczek, A. Tillack

11:00 - 11:20 Effizienz von Melderschulungen

K. Bezold, S. Friedrich, K. Graf, C. Pscheidt, D. Schuldt, G. Wöhr, V. Arndt, Heidelberg, Stuttgart, Karlsruhe

11:20 - 11:30 Erfahrungsaustausch zur Meldermotivation (Sichtweise Melder, Register)

11:30 - 11:50 Der Beitrag einrichtungsbezogener Krebsregister bei Fragestellungen zur Versorgungsforschung für Leistungserbringer und Betroffene

C. Junack, S. Faisst, C. Meisner, F. Brinkmann, S. Rössle, T. Hehr, Stuttgart und Tübingen

11:50 - 12:00 Zusammenfassung/Schlussdiskussion

12:00 – 13:00 Uhr Mittagspause

Effizienz von Melderschulungen

**K. Bezold (1), S. Friedrich (1), K. Graf (2), C. Pscheidt (2),
D. Schuldt (3), G. Wöhr (3), V. Arndt (1)**

(1) Epidemiologisches Krebsregister Baden-Württemberg

(2) Klinische Landesregisterstelle Baden-Württemberg

(3) Vertrauensstelle Baden-Württemberg

Einleitung

Um die Meldermotivation zu steigern und damit dem Ziel einer vollzähligen und vollständigen Erfassung einer Krebserkrankung näher zu kommen, bietet das Krebsregister Baden-Württemberg (KRBW) vorrangig für Melder im niedergelassenen Bereich Schulungen an. Die Melderschulungen werden gemeinsam von den drei Registerteilen (Vertrauensstelle, Klinische Landesregisterstelle, Epidemiologisches Krebsregister) durchgeführt. Ab Mitte 2013 fanden die ersten Schulungen als Workshop innerhalb des Krebsregisters statt. Seit 2015 führt das KRBW regelmäßig Schulungen meldernah in ganz Baden-Württemberg durch.

Material und Methoden

Bei der Anmeldung werden die Teilnehmerdaten strukturiert und teilweise manuell erfasst, sodass Rückschlüsse auf die Fachrichtung möglich sind.

Ergebnisse

Für das Jahr 2016 haben sich 321 Teilnehmer zur Schulung beim KRBW registriert. Insgesamt kamen 243 Teilnehmer zur Schulung (76%). Davon nahmen 152 Mitarbeiter von Arztpraxen (mehrere Mitarbeiter pro Praxis) (folgende Fachrichtungen: Gynäkologie (56), Urologie (25), Innere Medizin (21), Dermatologie (19), Hämatologie/Onkologie (12), Chirurgie (11), Allgemeinmedizin (5), Pathologie (3), HNO (2), Radiologie (1), Zahnheilkunde (1)) sowie Mitarbeiter von 12 Krankenhäusern und einer Mammographie-Screening-Einheit teil.

88% der teilnehmenden Ärzte und Praxismitarbeiter aus insgesamt 147 Einrichtungen übermitteln bereits Meldungen an das KRBW. 16 Schulungsteilnehmer (10%) sind registriert, haben aber noch keine Meldung abgesetzt. Trotz Teilnahme an den Melderschulungen sind 5 Praxen/Einrichtungen (2%) noch nicht beim KRBW registriert. Weitere Auswertungen insbesondere zur Differenzierung zwischen bestehenden und neu rekrutierten Meldern werden vorgestellt.

Diskussion

Die Melderschulungen werden vorrangig genutzt, um den Meldern einen Einblick in das Melderportal des KRBW zu geben. Dabei wird die Registrierung als Melder beim Krebsregister Baden-Württemberg und das Erstellen von Meldungen verständlich dargestellt. Fragen zur Aufwandsentschädigung, Patientenunterrichtungen und zur Dokumentation können in den Schulungen direkt beantwortet werden. Durch die Melderschulung kann eine Vielzahl von Meldern zur Registrierung und Meldung an das Krebsregister Baden-Württemberg motiviert werden.

Kathrin Bezold
Epidemiologisches Krebsregister Baden-Württemberg
Im Neuenheimer Feld 581, 69120 Heidelberg
Tel.: 06221/422242, E-Mail: k.bezold@dkfz.de

Der Beitrag einrichtungsbezogener Krebsregister bei Fragestellungen zur Versorgungsforschung für Leistungserbringer und Betroffene

C. Junack⁽¹⁾, S. Faisst⁽¹⁾, C. Meisner⁽²⁾, F. Brinkmann⁽¹⁾, S. Rössle⁽¹⁾, T. Hehr⁽³⁾

(1) Onkologischer Schwerpunkt Stuttgart, (2) Inst. f. Klin. Epidemiologie und Angewandte Biometrie, Uni Tübingen, (3) Marienhospital Stuttgart

Einleitung:

Daten eines einrichtungsbezogenen klinischen Krebsregisters (eKKR) haben für die Versorgungsforschung einen wichtigen Nutzen, dies zeigen 3 Beispiele des Onkologischen Schwerpunkts Stuttgart (OSP): das Benchmarking-Qualitätsmanagement (A), die regionalen Effekte des Mammographie-Screenings (MG Screening) (B) und die aktuelle Auswertung Strahlentherapie nach Mastektomie bei Intermediate Risk-Brustkrebspatientinnen (C).

Fragestellungen:

(A) Das Benchmarking-Qualitätsmanagement gehört heute mit zu den wichtigsten Erhebungsinstrumenten des OSP Stuttgart. Jährlich erhobene Follow-up-Daten werden ausgewertet, Einflussfaktoren auf Gesamtüberleben und krankheitsfreies Überleben analysiert, im geschützten Raum diskutiert und mögliche Maßnahmen in Gang gesetzt. Haben diese Maßnahmen Einfluss auf die Prozess- und Ergebnisqualität? Wie bildet sich dies im OSP Stuttgart ab?

(B) Seit 2006 gibt es das MG Screening in Stuttgart und der Region; immer noch wird der Nutzen des Screenings kontrovers diskutiert. Was sagen die Daten des OSP Stuttgart? Zeigen sich regionale Effekte des Screenings?

(C) Für Patientinnen nach einer Mastektomie mit Intermediate Risk gehört eine Strahlentherapie nicht zum Standard. Haben diese Patientinnen einen Vorteil von einer Bestrahlung?

Material und Methoden:

Das gemeinsame Stuttgarter eKKR mit einem hohen Follow up unter Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte, Erhebung von Lebensqualität und jährlichem Vitalstatusabgleich ermöglicht bei allen Fragestellungen Entwicklungstrends abzubilden.

(A) Vorgestellt werden durchgeführte Maßnahmen und deren mögliche Wirksamkeit bei Mammakarzinom oder kolorektalen Tumoren.

(B) Betrachtet wird bei Brustkrebspatientinnen mit ED zwischen 2008 und 2016 die Teilnahme am MG-Screening in Zusammenhang mit der Tumorgroße etc.

(C) Intermediate Risk-Patientinnen mit Mastektomie und Strahlentherapie werden mit nicht bestrahlten Patientinnen bzgl. Gesamtüberleben und krankheitsfreiem Überleben verglichen.

Zusammenfassung:

Für eine transparente Darstellung der Versorgungsergebnisse leisten eKKR unter Einbeziehung der regionalen Versorgungsstrukturen einen wertvollen und unverzichtbaren Anteil. Die Dokumentation der Behandlungs- und Follow-Up Daten gehört zu den Routineaufgaben, die Beschaffung und Erhebung von Daten aus den unterschiedlichen Behandlungszusammenhängen und ihre Bewertung ist aufwändig aber notwendig, um eine valide Datenbasis zu erhalten. Daraus ergeben sich zahlreiche Möglichkeiten, die Daten zu unterschiedlichen, speziellen Fragestellungen und Hypothesen zu analysieren, Versorgungsprozesse zu optimieren und Ergebnisse an Leistungserbringer und Patienten zurückzumelden.

Literatur

[1] Meisner, C. et al., Benchmarking der Ergebnisqualität am OSP Stuttgart, ZEFQ 105, 2011

[2] Rössle, S. et al., 20 Jahre Qualitätsmanagement in der Mammakarzinom-Nachsorge am Onkologischen Schwerpunkt Stuttgart e.V., MDI, 3-2015

[3] Recht, A. et al., Postmastektomie radiotherapy: an American Society of Clinical Oncology, American Society for Radiation Oncology and Society of Surgical Oncology focused guideline update, JCO 2016

Cornelia Junack, Onkologischer Schwerpunkt Stuttgart e.V., Rosenbergstraße 38, 70176 Stuttgart
Tel.: 0711/991-3514, E-Mail: junack@diak-stuttgart.de

13:00 - 14:20 Uhr

Plenum 5

Auswertungen von Daten aus Krebsregistern II

Vorsitz: H. Göbel, K. Kraywinkel

- 13:00 - 13:20 **Integration von Lebensqualitätsdaten in ein einrichtungsbezogenes klinisches Krebsregister und ihre Verwendung in Studien und Rückmeldesystemen**
F. Brinkmann, S. Rössle, C. Meisner, C. Junack, Stuttgart und Tübingen
- 13:20 - 13:40 **Gastrointestinale Tumoren in Oberfranken - Ansätze für die Versorgungsforschung in der Region -**
A. Altendorf-Hofmann, T. Maisel, D. Eckert, K. Kletzke, B. Greger, Bayreuth
- 13:40 - 14:00 **Einfluss von Datenschutzbestimmungen auf Überlebenszeitvergleiche**
A. Altendorf-Hofmann, V. Gump, Jena und Freiburg
- 14:00 - 14:20 **Zusammenfassung/Schlussdiskussion**

14:20 – 14:50 Uhr Kaffeepause

Integration von Lebensqualitätsdaten in ein einrichtungsbezogenes Klinisches Krebsregister und ihre Verwendung in Studien und Rückmeldesystemen

F. Brinkmann (1), S. Rössle (1), C. Meisner (2), C. Junack (1)

(1) Onkologischer Schwerpunkt Stuttgart (OSP)

(2) Institut f. Klinische Epidemiologie und Angewandte Biometrie, Uni Tübingen

Einleitung:

Die Lebensqualität von Krebspatienten spielt in Therapie und Nachsorge eine immer größere Rolle. Der Onkologische Schwerpunkt Stuttgart (OSP) erhebt seit vielen Jahren mit dem standardisierten Lebensqualitätsbogens EORTC-QLQ-C30 in verschiedenen Projekten und Studien die Lebensqualität (LQ) von Patienten und integriert diese Daten in sein einrichtungsbezogenes klinisches Krebsregister (eKKR). Die LQ-Daten können so mit den Diagnose- und Therapiedaten der Patienten in Bezug gesetzt und für Auswertungen, Studien und direkte Rückmeldungen an den Arzt genutzt werden.

Material und Methoden:

Die Nachsorgeleitstelle Mammakarzinom (NSL) erhebt im Rahmen der strukturierten Brustkrebsnach-sorge seit 1995 LQ- und Nachsorgedaten bei jedem Nachsorgetermin der teilnehmenden Patientinnen. Diskrepante Angaben zwischen LQ-Bogen und Nachsorgebogen werden routinemäßig an den Arzt zurückgemeldet [1]. Außerdem werden von jedem LQ-Bogen die globale LQ sowie die Funktions- und Symptomskalen berechnet. Bei Abweichungen von einem definierten Referenzwert erhält der Arzt ebenfalls ein Feedback. Die jahrzehntelange prospektive systematische Erhebung der LQ ermöglicht inzwischen Langzeitanalysen.

Seit 2003 werden für das Benchmarking-Qualitätsmanagement am OSP für diverse Tumorentitäten 1x/jährlich systematisch Follow-up-Daten beim Nachsorgearzt und LQ-Daten direkt beim Patienten erhoben. Die Daten werden vom biometrischen Partner analysiert und in kollegialen, entitätsbezogenen Workshops diskutiert, um eventuelle Optimierungspotenziale zu identifizieren und gegebenenfalls notwendige Maßnahmen einzuleiten [2].

Die Studie „Langzeittoxizität und Lebensqualität nach adjuvanter Chemotherapie bei Mammakarzinom“ untersucht prospektiv die Auswirkungen der taxaninduzierten neurotoxischen Nebenwirkungen auf die LQ von Mammakarzinom-Patientinnen.

Ergebnisse und Diskussion:

Gekoppelt an die Einholung von Follow-up-Daten aus dem niedergelassenen Bereich kann systematisch die LQ von Patienten erhoben und die Daten in das eKKR integriert werden. Die Daten können für ganz unterschiedliche Maßnahmen und Fragestellungen genutzt werden. So zeigt beispielsweise der Vergleich mit den LQ-Daten der Allgemeinbevölkerung, dass die LQ von Krebspatienten noch Jahre nach der Primärtherapie schlechter ist. Die Rückmeldung von LQ-Defiziten an den Nachsorgearzt kann das Arzt-Patienten-Gespräch fördern, die Analysen von Einflussfaktoren auf die LQ zur Therapieoptimierung beitragen. Über Ergebnisse wird berichtet.

Literatur

[1] S. Rössle et al.: 20 Jahre Qualitätsmanagement in der Mammakarzinom-Nachsorgeleitstelle am Onkologischen Schwerpunkt Stuttgart, MDI 3_2150, 109-114.

[2] C. Meisner et al.: Benchmarking der Ergebnisqualität am Onkologischen Schwerpunkt Stuttgart. ZEFQ 2011;105:365-370.

Dipl.-Inform. Med. Friedhelm Brinkmann
Onkologischer Schwerpunkt Stuttgart e.V.
Rosenbergstr. 38, 70176 Stuttgart

Tel.: 0711/991-4299, E-Mail: brinkmann@diak-stuttgart.de

Gastrointestinale Tumoren in Oberfranken

- Ansätze für die Versorgungsforschung in der Region -

A. Altendorf-Hofmann, T. Maisel, D. Eckert, K. Kletzke, B. Greger
Krebsregister Oberfranken

Einleitung

Seit 2013 wird im Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) gefordert, dass klinische Krebsregister die notwendige „Daten zur Herstellung von Versorgungstransparenz und zu Zwecken der Versorgungsforschung“ bereitstellen. Wir haben untersucht, inwieweit das Krebsregister Oberfranken diese Aufgabe erfüllen könnte.

Material und Methoden

Oberfranken hat 1,1 Millionen Einwohner. Wir führten eine retrospektive Analyse aller im Krebsregister dokumentierten Patienten aus Oberfranken mit gastrointestinalen Tumoren und Diagnosejahr 2002-2014 durch. Berücksichtigt wurden Alter, Geschlecht, Diagnosejahr, Lokalisation und Resektion des Primärtumors, M-Kategorie, pathologisches Tumorstadium, und der Landkreis.

Ergebnisse

23931 Patienten erfüllten zunächst die o.g. Bedingungen. Nach Ausschluss von 3993 DCO-Fällen (16,7%) und 1282 Patienten (6,4% der nicht-DCO-Fälle) mit unzureichender Nachbeobachtung verblieben 18656 Patienten für die weitere Betrachtung. Die Analyse der beobachteten Überlebensraten ergab die in der Tabelle gezeigten Ergebnisse.

Merkmal	Aufteilung	univariat	multivariat
Alter	unter 70/70+	p<0,001	p<0,001
Geschlecht	männlich/weiblich	p<0,464	p=0,001
Diagnosejahr	vor 2010/2010-2014	p<0,001	p=0,532
Lokalisation	Ösophagus/Magen/Dünndarm /Dickdarm/Rektum/Anus und Analkanal /Leber/Gallenblase/Gallengänge /Pankreas	p<0,001	p<0,001
Resektion Primärtumor	ja/nein	p<0,001	p<0,001
M - Kat	M0/M1	p<0,001	p<0,001
path. Stadium	I/II/III/IV/nicht reseziert	p<0,001	p<0,001
Landkreis	Landkreise 1-9	p=0,003	p=0,034

Diskussion

Überraschenderweise zeigte sich, dass univariat die Überlebensraten nach 2010 nicht besser, sondern statistisch signifikant schlechter waren als vorher. Dies betraf besonders stark drei Landkreise und war hier insbesondere durch eine Verschlechterung der Überlebensraten beim Kolonkarzinom bedingt. Dies im Detail – und insbesondere im Kontext mit den seit 2010 hinzugekommenen zertifizierten Darmkrebszentren - zu erforschen, überschreitet die Möglichkeiten eines klinischen Krebsregisters.

In der multivariaten Analyse zeigte sich, dass der univariat beobachtete Unterschied durch andere Variablen erklärt werden kann.

Zusammenfassung

Klinischen Krebsregistern fehlt naturgemäß die Ausstattung um Versorgungsforschung in ihrer Region zu betreiben. Sie sind aber in der Lage Daten zu liefern, die bei entsprechender Aufarbeitung zum Nachdenken anregen und mehr regionale Versorgungstransparenz herstellen können.

PD Dr. Annelore Altendorf-Hofmann
Tumorzentrum Oberfranken e.V.
Hohe Warte 8
95445 Bayreuth
Tel: 0921/400-3822, E-Mail: annelore.altendorf-hofmann@gmx.de

Einfluss von Datenschutzbestimmungen auf Überlebenszeitvergleiche

A. Altendorf-Hofmann (1), V. Gump (2)

(1) Tumorzentrum Oberfranken e.V. (2) Tumorzentrum Comprehensive Cancer Center Freiburg CCCF

Problemstellung

Überlebenszeitauswertungen mit Hilfe des Kaplan-Meier-Schätzverfahrens und die Beurteilung assoziierter Faktoren bilden immer noch den Goldstandard bei der Beurteilung von Erfolgen der Krebstherapie ("Outcome"). Mindestvoraussetzung für valide Kaplan-Meier-Auswertungen sind aktuelle Vitalstatusdaten für $\geq 90\%$ der Patienten. Zum Zeitpunkt einer Outcome-Auswertung sollte entweder ein Lebenddatum aus den letzten 12 Monaten oder ein Sterbedatum vorliegen. Dafür ist eine kontinuierliche Ermittlung von Sterbe- oder Vitaldatumsangaben (Follow-up) erforderlich, mindestens aber eine jährliche Erhebung. Viele Ärzte erwarten die Rückmeldung von 3- oder 5-Jahres-Überlebensraten. Für die Beurteilung von Langzeitergebnissen wird das Follow-up von Krebspatienten in den ersten 10 Jahren nach der Diagnose oder bis zum Lebensende durchgeführt.

Nach den bisherigen Erfahrungen stellt ein elektronischer Abgleich von Krebsregisterdaten mit Meldeamtsdaten die einzige zuverlässige und effiziente Methode dar, um dieses Qualitätsziel zu erreichen. Die unterschiedliche Datenschutzgesetzgebung in den Bundesländern ist jedoch oft ein Hindernis für den Zugang zu solchen Abgleichverfahren. Eine bundesweite gesetzliche Regelung für Krebsregister liegt nicht vor. Dies kann erhebliche Auswirkungen auf zukünftige Überlebenszeitvergleiche innerhalb Deutschlands haben.

Methoden

Beispielhaft wird an zwei Patientenkollektiven aus dem Klinischen Krebsregister am Tumorzentrum Freiburg CCCF demonstriert, wie sich unterschiedliche Szenarien der Vitalstatusdatenlage in einer Auswertung auf Kaplan-Meier-Kurven auswirken können. Es sind Tumorerkrankungen mit guter Prognose und mit schlechter Prognose berücksichtigt. Zum besseren Verständnis werden mehrere fiktive Datenlage-Szenarien dargestellt, z. B. dass zu den Patienten des Kollektivs seit dem letzten direkten Kontakt keine Informationen ergänzt wurden. Zur Kontrolle wurden mit Daten des Tumorregisters Bayreuth mit Hilfe eines Zufallsgenerators Varianten der Datenqualität bei einem Patientenkollektiv mit einem Vitalstatus von mindestens 80% erzeugt. Auch dabei zeigen die Ergebnisse eine unerwartete Bandbreite. Analog lassen sich unterschiedliche Qualitätsszenarien aus Vitalstatusregelungen einiger Bundesländer ableiten.

Ergebnisse

In den Auswertungsbeispielen fallen die Kaplan-Meier-Überlebenskurven meist umso besser aus, je weniger aktuell das Vitalstatus-Follow-up des untersuchten Patientenkollektivs ist. Ein hoher Anteil von lebenden Patienten mit aktuellem Vitaldatum wird im Vergleich mit einem hohen Anteil von Patienten mit dem Status Lost-to-Follow-up nicht im gewünschten Maße sichtbar. Prinzipiell ist der Fehler, der durch fehlende Nachbeobachtungsdaten bei den Überlebensraten entsteht, nicht vorhersehbar.

Diskussion

In den Bundesländern gibt es unterschiedliche gesetzliche Regelungen bzgl. des Zugangs zum Vitalstatus für klinische Krebsregister und für behandelnde Ärzte. Ein einheitlicher, möglichst kostenfreier elektronischer Zugang zu Meldeamtsdaten wäre aber unerlässlich, um zukünftig valide Überlebenszeitvergleiche zwischen Bundesländern zu ermöglichen. Das gilt auch für den Austausch von Vitalstatusdaten zwischen den Registern verschiedener Bundesländer und die laufende Rückmeldung der Überlebensdaten an die Behandler vor Ort. Selbst wenn diese Rahmenbedingungen umgesetzt werden, bleibt abzuwarten, wie die Landeskrebsregister es zukünftig leisten können, die zahlreichen Krebszentren und Organkrebszentren zeitnah mit aktuellen Follow-up-Daten zu beliefern, damit diese z. B. ihre überlebensbezogenen Kennzahlen ermitteln können, ohne eigene Organisationsstrukturen dafür zu unterhalten.

Literatur

- [1] Gump V: Dieselben Patienten, dieselbe Krebsbehandlung, signifikant unterschiedliches Ergebnis. Tumordiagnostik & Therapie; Dec2013, Vol. 34 Issue 8, p421-422
- [2] Winzer KJ, Bellach J: Wertigkeit der routinemäßig erfassten Nachsorgedaten bei Brustkrebspatientinnen. Senologie 2010; 7(4): 251-255

PD Dr. Annelore Altendorf-Hofmann
E-Mail: annelore.altendorf-hofmann@gmx.de

14:50 - 16:20 Uhr

Plenum 6

Methodische Aspekte I

Vorsitz: J. Haier, D. Niepmann

14:50 - 15:10 Methodische Aspekte der Erfassung und Umsetzungskontrolle von Beschlüssen interdisziplinärer Tumorboards

V. Gump, L. Mehmed, A. Hübner, J. Barleben, M. Boeker, Freiburg

15:10 - 15:30 Statistik zur Tumorboard-Adhärenz am Beispiel eines molekularen interdisziplinären Tumorboards – Methodische Aspekte

L. Mehmed, V. Gump, N. von Bubnoff, R. Claus, M. Boeker, S. Zabka, T. Starkloff, Freiburg

15:30 - 15:50 Best-Of-Bildung -epidemiologisch-klinisch

Th. Wicker, S. Kunze, Hamburg

15:50 - 16:10 Karzinome unbekanntes Primärsitzes - Eine Herausforderung für Dokumentation und Auswertung

G. Wegener, Hannover

16:10 - 16:20 Zusammenfassung/Schlussdiskussion

16:20 – 16:40 Uhr Kurze Pause

Methodische Aspekte der Erfassung und Umsetzungskontrolle von Beschlüssen interdisziplinärer Tumorboards

V. Gumpp, L. Mehmed, A. Hübner, J. Barleben, M. Boeker

Tumorzentrum Freiburg Comprehensive Cancer Center (CCCF) / Klinisches Krebsregister

Einführung

Am Tumorzentrum Freiburg Comprehensive Cancer Center (CCCF) sind 21 interdisziplinäre Tumorboards etabliert, von denen 18 wöchentlich stattfinden. Die fachärztlichen Empfehlungen zur weiteren Versorgung der vorgestellten Krebspatienten werden noch während der Tumorboardsitzungen in Textform festgehalten. Alle Abläufe von der Patientenanmeldung bis zur Beschlussprotokollierung werden durch ein zentrales, intranet-basiertes Tumorboard-Management-System ("TOS") unterstützt. TOS ist eine Eigenentwicklung des Klinischen Krebsregisters des CCCFs (CCCF-KKR) und bietet eine freitextbasierte Benutzeroberfläche. Integriert ist eine detaillierte strukturierte Beschlussdokumentation für die nachträgliche Kodierung der empfohlenen bzw. beschlossenen Maßnahmen. Dies ist die Voraussetzung für die statistische Ermittlung des Umsetzungsgrads ("Beschlussadhärenz").

2016 wurde von ärztlicher Seite die zusätzliche Anforderung formuliert, die Beschlussdokumentation bereits während des Tumorboards teilstrukturiert durchführen zu können. Die Option, ergänzenden Freitext eintragen zu können, soll weiterhin bestehen. Dieser Hybrid-Ansatz ist leicht realisierbar und wurde bereits in vielen Dokumentationssystemen umgesetzt, z. B. in Form von Radiobuttons oder Drop-Down-Listen für verschiedene Therapiearten. Es gibt jedoch auch Tumorboards, deren Empfehlungen komplex sind. Die Bereitstellung individueller Beschlussmasken für einzelne Tumorboards wiederum wäre aufwändig.

Methoden

Die strukturierte Beschlussdokumentation in TOS wurde bisher primär von den Zentrumsdokumentaren des CCCF-KKR bedient. Sie erfassten routinemäßig die einzelnen Beschlüsse der Tumorboards, indem sie diese kodierten sowie deren Umsetzung kontrollierten und dokumentierten. Mangels zu geringer Nutzung der daraus resultierenden Daten und wegen Ressourcen-Engpässen wurde dieser Prozess eingestellt. Lediglich in den Tumorboards des Brustzentrums und des Hautzentrums wird die Umsetzung von Therapiebeschlüssen weiterhin systematisch verfolgt, da die Zertifizierungsanforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft dies verlangen.

Der Anforderung von Ärzten, ihre Beschlüsse selbst bereits während des Tumorboards schnell und strukturiert erfassen zu können, steht die Aufgabe gegenüber, eine einfache und einheitliche Erfassungsoberfläche dafür anzubieten. Die Beschlusskategorien "Diagnostik", "Therapie" und "Sonstige Maßnahme" sind zwar für alle Tumorboards relevant, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß und unterschiedlichem Differenzierungsgrad. Die umgesetzten Beschlüsse sollen sich zeitnah als durchgeführte Maßnahmen in den Krebsregisterdaten wiederfinden. Die Datenstruktur der strukturierten Beschlussdokumentation sollte daher kompatibel zum onkologischen Basisdatensatz sein. Eine weitere Aufgabe besteht darin, gemeinsam mit den Ärzten einheitliche Definitionen relevanter Einzelbeschlüsse zu erarbeiten sowie von Kriterien, wann ein Beschluss als "umgesetzt" gelten kann. Überlegungen dazu werden anhand von Textbeispielen aus Tumorboardprotokollen erläutert.

Ergebnisse

Als Lösungsansatz schlägt das CCCF-KKR die Entwicklung einer dynamisierten Erfassungsoberfläche vor, die erlaubt, dass jedes Tumorboard seine relevanten Beschlusskategorien und deren Differenzierungsgrad individuell auswählen und festlegen kann. Über den Stand der Entwicklung soll im Juni berichtet werden.

Diskussion

Auch wenn es gelingt, eine einheitliche, semi-strukturierte Oberfläche für die ärztliche Beschlussdokumentation während der Tumorboards zu entwickeln, ist noch offen, ob und wie die Ärzte in die nachfolgende Umsetzungskontrolle eingebunden werden können.

Literatur

- [1] Gump V et al: Konzeption eines effizienten Tumorboard-Management-Systems. Vortrag an der GMDS-Tagung 2010
- [2] Denecke et al: Adherence to tumor board recommendations in a university gastrointestinal cancer center *Oncology Research and Treatment*. 37, 173, 2014

Vera Gump
UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG
Tumorzentrum Freiburg – CCCF Klinisches Krebsregister
Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg
Tel.: 0761/270-36040, E-Mail: vera.gump@uniklinik-freiburg.de

Statistik zur Tumorboard-Adhärenz am Beispiel eines molekularen interdisziplinären Tumorboards – Methodische Aspekte

L. Mehmed, V. Gump, N. von Bubnoff, R. Claus, M. Boeker, S. Zabka, T. Starkloff
Tumorzentrum Comprehensive Cancer Center Freiburg (CCCF)

Einführung

Am Tumorzentrum Freiburg Comprehensive Cancer Center (CCCF) wurde im März 2015 ein molekulares Tumorboard (MTB) gegründet. Ziel ist die Erarbeitung von Behandlungsempfehlungen für Patienten mit seltenen Krebserkrankungen ohne vorhandene Leitlinien oder für Patienten mit Krankheitsprogress unter den etablierten Therapien. Zum methodischen Repertoire des MTB gehören sowohl wissenschaftliche Literatur- und Studienrecherchen als auch zusätzliche molekularpathologische und -genetische Analysen von Gewebeproben. In einem gemeinsamen Pilotprojekt haben die MTB-Ärzte und das Klinische Krebsregister des CCCF (CCCF-KKR) im 2016 die Umsetzungsrate der Tumorboardempfehlungen sowie die Gründe für die Nichtumsetzung evaluiert. Die statistischen Daten konnten erst nach mehreren Zwischenschritten ermittelt werden.

Methoden

Um eine quantitative Umsetzungskontrolle durchführen zu können, hat das KKR die zum Teil umfangreichen Beschlusstexte retrospektiv strukturiert, kodiert nacherfasst und die Umsetzung der Beschlüsse dokumentiert. Nach einer Stichproben-Analyse zur Verständlichkeit der Beschlusstexte für die Projektdokumentare waren zuvor aus KKR-Sicht mehrere methodische Aspekte abzuklären, z. B.

- Kompatibilität der ärztlichen Merkmalswunschliste mit den bestehenden Dokumentationsstrukturen
- Bedarf für Modifikationen bzw. Erweiterungen der bestehenden Dokumentationsstrukturen
- Handhabung von konditionalen bzw. alternativen Empfehlungen, z. B. "Wenn A, dann B oder C, sonst D"
- Handhabung von Empfehlungen für zukünftige Krankheitsverläufe
- Festlegung: Was zählt als "Einzelbeschluss" (z. B. Medikament A bei Kostenübernahme durch Krankenkasse, sonst Medikament B)
- Festlegung: Was zählt als "umgesetzt" (z. B. wenn angeforderte Zusatzanalyse des Gewebes nicht durchführbar war oder Patient vor der Wiedervorstellung verstarb)
- Aufwandsschätzung für Systemanpassung, Datenerfassung, Umsetzungskontrolle und statistische Auswertung

Diese Punkte wurden mit den Ärzten anhand von Textbeispielen besprochen und entschieden. Der Auswertungszeitraum wurde zunächst auf ein Jahr beschränkt.

Ergebnisse

Nach der Abklärungsphase wurden folgende zusätzliche Schritte vorgenommen.

- Die Merkmalswunschliste der Ärzte wurde erheblich vereinfacht und die fehlenden Merkmale in die Tumordatenbank eingefügt.
- Die teilweise sehr komplexen und heterogenen Beschluss-Freitexte wurden retrospektiv von den Ärzten neu geschrieben, verständlicher für Dokumentare und beschränkt auf Empfehlungen zum aktuellen Krankheitsstand.
- Fehlende Informationen zur Umsetzung wurden von den verantwortlichen Stellen nachgefordert, z. B. Durchführungsdatum der genetischen Analyse oder Zulassungsstatus der eingesetzten Therapie.
- Die Begründungen für die Nichtumsetzung von Beschlüssen wurden spezifischer kategorisiert.

Im Auswertungszeitrahmen des ersten Jahres wurden 92 Patienten zum Teil mehrfach im MTB vorgestellt, und bei 40 Patienten konnte eine neue Therapie empfohlen werden (43%). Bei 19 Patienten wurde die neue Therapie eingesetzt, 5 Patienten sind vorher verstorben. Bei den übrigen 16 Patienten wurden die Gründe für die Nichtumsetzung ermittelt, meistens Ablehnung von Patienten. Bei 81 Patienten wurden insgesamt 132 zusätzliche Diagnostiken empfohlen (molekulare oder genetische) und bei 72 Patienten durchgeführt (89%). Die MTB-Ärzte waren mit dieser Rückmeldung sehr zufrieden und planen prospektiv weitere Adhärenz-Projekte über die aktuelle und kommende Laufzeit des MTB.

Als sekundärer Erfolg ist die positive Auswirkung und Vorbildrolle präziser, strukturierter Beschlussformulierungen für zukünftige Tumorboard-Protokolle zu nennen.

Literatur

- [1] Claus R et al: Implementation of a Molecular Tumor Board in Clinical Decision Making at the Medical Center University of Freiburg

Leman Mehmed
UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG
Tumorzentrum Freiburg – CCCF Klinisches Krebsregister
Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg
Tel.: 0761/270-36041, E-Mail: leman.mehmed@uniklinik-freiburg.de

Best-Of-Bildung - epidemiologisch - klinisch

Th. Wicker, S. Kunze

Hamburgisches Krebsregister
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

Einleitung

Zur Darstellung der Inzidenzrate und zum internationalen Vergleich berichteter Fallzahlen, dient der epidemiologische Best-Of. Gemäß den einheitlichen Regeln der WHO, IARC und des ENCR, wird eine bestmögliche Zuordnung der Tumormerkmale aus den Meldungen zum Primärtumor sichergestellt. [3]

Im Zuge des am 09. April 2013 in Kraft getretenen Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (KFRG) und der daraus novellierten/ zu novellierenden Ländergesetzen müssen die Anforderungen durch die klinische Krebsregistrierung in ähnlicher Weise berücksichtigt werden. „Eine Abbildbarkeit in der Zählweise der epidemiologischen Krebsregistrierung ist bei der Auswertung zu gewährleisten.“ [5] Welche Aspekte bei der Berücksichtigung beachtet werden sollten und wie die Umsetzung vollzogen werden könnte, sollen im Folgenden dargelegt und zur Diskussion gestellt werden.

Material und Methoden

Literaturrecherche, Einholung von Expertenmeinungen, eigene empirischen Daten.

Ergebnisse

Das Ergebnis soll eine Diskussion fördern zum Austausch der Krebsregister und die, in der Tumordokumentation Tätigen, um die klinische Praxis durch die ADT/ GEKID-Basisdaten realitätsgetreu abzubilden und dieser zur Verfügung zu stellen.

Diskussion

Wie stelle ich die zusätzlich gesammelten klinischen Informationen (Merkmale) zu Therapien und Verläufen zu einem Fall (klinischer Best-Of), in Anlehnung an den epidemiologischen Best-Of (Diagnose) dar. Wie wird es möglich sein, einheitliche Regeln zu formulieren, die auch widersprüchliche und unvollständige Angaben eines Falles berücksichtigen.

Zusammenfassung

Welche Möglichkeiten der Strukturierung und Bildung des klinischen Best-Of sich zukünftig ergeben, muss kritisch diskutiert werden. Dabei ist es eine große Herausforderung die Merkmale im Sinne KFRG national vergleich- und international verwertbar zugänglich zu machen. Das bedeutet, sehr differente klinische Angaben, inklusive ihrer individuellen Abweichungen bzgl. Therapie und Verlauf nach einheitlichen Regeln [4] sinnvoll einordnen zu können.

Literatur

[1] IARC Technical Report No 19. Lyon, 1994: Comparability and Quality Control in Cancer Registration

[2] Internal Report No. 2004/02, IARC, Lyon 2004: International Rules For Multiple Primary Cancers (ICD-O Third Edition)

[3] Das Manual der epidemiologischen Krebsregistrierung, 2008: Stefan Hentschel, Alexander Katalinic

[4] Leitlinienprogramm Onkologie: <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/>

[5] Katalog der Förderkriterien, 2013: Kriterien zur Förderung klinischer Krebsregister des GKV-Spitzenverbandes vom 20.12.2013 gemäß § 65c SGB V (KFRG)

Th. Wicker
Hamburgisches Krebsregister
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Billstraße 80a, 20539 Hamburg
Tel.: 040/428372645, E-Mail: thorsten.wicker@bgv.hamburg.de

Karzinome unbekanntem Primärsitzes

Eine Herausforderung für Dokumentation und Auswertung

G. Wegener

Klinisches Krebsregister der Medizinischen Hochschule Hannover

Einleitung

Bei kaum einem Tumor spielt der Unterschied zwischen epidemiologischer und klinischer Krebsregistrierung eine so große Rolle, wie beim sog. CuP-Syndrom bzw. „Bösartiger Neubildung ohne Angabe der Lokalisation [1]“. Epidemiologische Krebsregistrierung ist an einer möglichst raumzeitlich präzisen Zustandsbeschreibung der Menschen mit Krebserkrankungen interessiert, um deren Ursachen und Begleitumstände erforschen zu können. Klinische Krebsregistrierung beschäftigt sich dagegen vornehmlich mit dem ärztlichen Wissen über den Zustand von Krebspatienten und dessen in ärztliche Handlungen mündenden Konsequenzen mit dem Ziel, letztere zu erfassen und zu bewerten.

Material und Methoden

Am Beispiel von 1.045 Patienten aus dem Klinischen Krebsregister der Medizinischen Hochschule Hannover der Jahre 1986 bis 2015 wird versucht, die Situation aus der Sicht der Dokumentation und der Auswertung zu betrachten. Neben deskriptiven Verfahren kommt zum Vergleich von Überlebenszeitschätzungen der Logranktest zur Anwendung.

Ergebnisse

Die größte histologische Gruppe bilden mit 46% „Adenome und Adenokarzinome“ (ICD-O-3 814-838), gefolgt von 20% „Epithelialen Neoplasien o.n.A.“, 17% „Plattenepithelneoplasien“ (ICD-O-3 805-808), etc. In den meisten Fällen lässt die Histologie keinen Rückschluss auf das Ursprungsorgan zu. Die häufigsten Metastasen wurden gefunden in Lymphknoten (44%), Leber (37%), Skelett (15%) und Lunge (15%). Hinsichtlich des Überlebens zeigen sich Unterschiede bei Histologiegruppen und Metastasenlokalisationen.

Diskussion

Klinische Krebsregister sollten sich nicht nur um die Tumoren kümmern, die mit großen Fallzahlen meistens auch in Zertifizierungen eingehen, sondern sich besonders um eher seltene Tumoren und Konstellationen kümmern. Durch Zusammenarbeit vieler Register miteinander ließen sich auch hier Fallzahlen zusammenstellen, die zu neuen Erkenntnissen im Interesse der Patienten führen könnten.

Zusammenfassung

Karzinome unbekanntem Primärsitzes sowie das generelle Problem des Umgangs mit unvollständigen Informationen sind und bleiben ein Problem der Dokumentation und Auswertung und bedürfen weiterer Bemühungen klinischer Krebsregister.

Literatur

[1] <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamt12016/block-c76-c80.htm> (zugegriffen am 16.3.2017)

[2] Pavlidis, N.; Pentheroudakis, G.: Cancer of unknown primary Site, Lancet 2012; 379: 1428-35

Dr. G. Wegener
Medizinische Hochschule Hannover
Tumorzentrum (OE 8850)
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
Tel.: 0511/532-5902, E-Mail: wegener.gerd@mh-hannover.de

16:40 - 18:00 Uhr

Plenum 7

Methodische Aspekte II

Vorsitz: Altmann, Gerken

16:40 – 17:20 **7. Onkologische Qualitätskonferenz 2018**

H. Barlag, Berlin

17:20 – 17:35 **Fortbildungsangebote zum Erwerb des Zertifikats Tumordokumentar/in**

B. Franke, U. Altmann, Berlin und Gießen

17:35 - 17:50 **Onko-Wiki als Informationsplattform für Onkologisches Wissensmanagement und Krebsregistrierung**

J. Haier, A. Duda, A. Sniechota, G. Husmann, A. Langsdorf, A. Rentsch, H. Fritsche, B. Breil, D. Schlue, S. Mate, U. Prokosch, Hamburg, Münster, Frankfurt/M., Dresden, Krefeld und Erlangen

17:50 – 18:00 **Zusammenfassung/Schlussdiskussion**

ab 19:00 Uhr Abendveranstaltung im Hotel (Details S. 38)

7. Onkologische Qualitätskonferenz 2018

H. Barlag

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. (ADT), Berlin

Einleitung

Im Rahmen des 32. Deutschen Krebskongresses 2016 hat die ADT die 6. Bundesweite Onkologische Qualitätskonferenz durchgeführt und dabei das Benchmarking der Versorgung bei sechs häufigen Tumorentitäten (Mamma, Kolorektal, Lunge, Melanom, Prostata, Niere) durch 36 Zentren aus 12 Bundesländern anhand von insgesamt 1.328.390 Patienten dargelegt. Im Verlauf der sechs bisherigen Konferenzen konnte die Zahl der ausgewerteten Entitäten ebenso gesteigert werden, wie die Anzahl der Patienten, auf die sich die Auswertungen stützen. Die Datenlieferung erfolgte stets als freiwillige Leistung der teilnehmenden Register.

Planung

Das Konzept für die 7. Qualitätskonferenz ist durch weitere Ausweitung der geplanten Auswertungen im Hinblick auf erfasste Patienten, Entitäten und Fragestellungen, Betonung von Qualitätsaspekten sowohl im Hinblick auf die Behandlung als auch auf den Prozess der Registrierung und die Ermöglichung und Förderung der weiteren wissenschaftlichen Nutzung der gewonnenen Daten charakterisiert. Darüber hinaus die Berücksichtigung der veränderten Situation durch das Krebsfrüherkennungs- und registergesetz und seine Umsetzung in Landesrecht [1]. Die Datensammlung erfolgt auch weiterhin im Rahmen der freiwilligen Teilnahme. Einige der Neuerungen sind:

- Es werden zusätzlich die Entitäten Zervixkarzinom und Ösophagus/Magenkarzinom ausgewertet.
- Es werden die neuen flächendeckenden Register nach § 65c SGB V angefragt.

Folgende Neuerungen der letzten Qualitätskonferenz haben sich bewährt und werden beibehalten:

- Das Datennutzungskonzept, das den teilnehmenden Registern die Verwendung der Daten transparent macht und auch die Rahmenbedingungen einer weiteren wissenschaftlichen Auswertung absteckt.
- die Auswertungen im Hinblick auf Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinien
- Prüfung der gelieferten Daten nach formalen und inhaltlichen Kriterien
- erneute Validierung dieses Vorgehens im Anschluss an die Qualitätskonferenz

Ergebnisse

Im Rahmen dieses Vortrags werden über die Darstellung des Vorgehens für die kommende Qualitätskonferenz hinaus auch Ergebnisse der Vorangegangenen bei den einzelnen Entitäten vorgestellt.

Zusammenfassung

Nach Überprüfung der für die 6. bundesweite Qualitätskonferenz vorgenommenen Formalisierung, Betonung von Qualitätsaspekten und Förderung einer weitergehenden wissenschaftlichen Auswertung werden diese Aspekte für die 7. Konferenz beibehalten und zwei weitere Entitäten (Zervix, Ösophagus/Magen) der Auswertung hinzu gefügt. Es werden bei den neuen Registern nach § 65c SGB V Anträge auf Datenüberlassung gestellt.

Literatur

[1] Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz–KFRG). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 16, ausgegeben zu Bonn am 8. April 2013

Dr. Hagen Barlag
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V.
Kuno-Fischer-Str. 8, 14057 Berlin
Tel.: 030/30 30 11 11 28, E-Mail: barlag.adt@tumorzentren.de

Fortbildungsangebote zum Erwerb des Zertifikats Tumordokumentar/in

B. Franke (1), U. Altmann (2)

(1) Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. (ADT) , Berlin,
(2) Institut f. medizinische Informatik der Justus–Liebig-Universität Gießen

Einleitung

Gemäß Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) sollen bis 2017 in Deutschland flächendeckend klinische Krebsregister eingerichtet werden. Dazu wird gut ausgebildetes Fachpersonal benötigt. Die ADT unterstützt zusammen mit der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Dokumentierenden in den Krebsregistern mit Fortbildungsveranstaltungen.

Material, Methoden und Ergebnisse

Bereits seit 2015 fanden dazu mehrere mehrtägige Fortbildungsveranstaltungen in Berlin und Mainz statt. Um den großen Bedarf an gut ausgebildeten Dokumentierenden nachzukommen, wurden in den Veranstaltungen die Inhalte der Tumordokumentation sehr kompakt und zunehmend mit Übungen vermittelt. Die Basis der Veranstaltungen bildet ein Fortbildungskonzept, das von der Arbeitsgruppe Fortbildungskonzept in Form eines Curriculums entwickelt wird. Ab 2018 werden diese Grundlagenfortbildungen um weitere spezifische Module, z. B. zu Organen oder anderen Themen, ergänzt, so dass insgesamt ca. 20 Fortbildungstage angeboten werden. Ziel ist es, ergänzend zu bereits bestehenden individuellen Kompetenzen, die theoretischen Kenntnisse zu erwerben, mit denen man sich für das in Entwicklung befindliche Zertifikat Tumordokumentar/in bewerben kann.

Dazu wurde 2017 von der ADT eine Zertifikatskommission initiiert, die aus Mitgliedern von ADT, DVMD und GEKID besteht und das gemeinsame Zertifikat entwickelt. Das Zertifikat soll gewährleisten, dass dessen Inhaber Fähig- und Fertigkeiten in den erforderlichen Kompetenzbereichen der Tumordokumentation besitzt. Dementsprechend müssen auch einschlägige Berufsausbildungen oder – erfahrungen nachgewiesen werden. Zudem wird eine schriftliche und mündliche Prüfung vorgesehen.

Das Zertifikat soll es potentiellen Arbeitgebern ermöglichen, die Kompetenzen eines Bewerbers besser einzuschätzen, und mittel- bis langfristig die Anerkennung der Arbeit der Tumordokumentare stärken.

Bianca Franke
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. (ADT)
Kuno-Fischer-Str. 8, 14057 Berlin
Tel.: 030/32678727, E-Mail: franke.adt@tumorzentren.de

Onko-Wiki als Informationsplattform für Onkologisches Wissensmanagement und Krebsregistrierung

J. Haier (1), A. Duda (2), A. Sniechota (2), G. Husmann (3), A. Langsdorf (3), A. Rentsch (4), H. Fritsche (4), B. Breil (5), D. Schlue (5), S. Mate (6), U. Prokosch (6)

(1) Nordakademie, Elmshorn/Hamburg, (2) Universitätsklinikum Münster, (3) Universitätsklinikum Frankfurt/M., (4) Universitätsklinikum Dresden, (5) Hochschule Niederrhein, Krefeld, (6) Universitätsklinikum Erlangen

Einleitung

Die AG Tumordokumentation des Netzwerkes Onkologischer Spitzenzentren der Deutschen Krebshilfe (DKH) setzt seit 2015 den Aufbau eines Tumor-Wiki als Nachschlagewerk und Wissensmanagementsystem zur Unterstützung der Tumordokumentation um. Die daraus entstandene webbasierte Plattform integriert bestehende Wissenssammlungen zur Tumordokumentation und bildet in der ersten Ausbaustufe eine Interpretationshilfe für Tumordokumentare.

Material und Methoden

Die Plattform wurde auf der Basis eines nutzerzentrierten Designprozesses und definierter Freigabe- sowie Validierungsprozesse entwickelt. Der erste Prototyp wurde iterativ über zwei Evaluationszyklen hinweg erstellt und schrittweise auf die Anforderungen von Tumordokumentaren zugeschnitten. Der Fragebogen für diese Evaluationen basierte auf validierten Instrumenten zur Bewertung von Weboberflächen und Lernsoftware [1-3]. Die Anforderungsermittlung erfolgte in einem internem Content Management System. Zur Priorisierung der Anforderungen diente die Kano-Methode [4].

Ergebnisse

Das Onko-Wiki (www.onko-wiki.de) wurde in die Plattform des auf ISO-11179-basierenden Metadaten-Repositories (Samplify.MDR) des Deutschen Konsortiums für Translationale Krebsforschung (DKTK) [4] integriert und garantiert damit volle Kompatibilität. Die Verlinkung mit externen Terminologien, Nomenklaturen und Datenbanken (MeSH, Pubmed, SNOMED) wird unterstützt. Die Benutzeroberfläche des Samplify.MDR wurde dabei um die Anforderungen von Dokumentaren erheblich erweitert, was beispielsweise Navigation und Textformatierung beinhaltet. Ein Freigabeprozess für technische Entwicklungen des Wiki, Inhalte des Wiki sowie die organisatorische Umsetzung zur Weiterentwicklung des ADT/GEKID-Datensatzes wurde erarbeitet und mit den Fachgesellschaften abgestimmt. Die Evaluation der bisherigen Umsetzung für die Nutzergruppe Tumordokumentare hat gute und sehr gute Bewertungen in allen Fragekategorien ergeben. Insgesamt wurde die Weiterentwicklung des Onko-Wiki empfohlen.

Diskussion

Der ADT/GEKID-Basisdatensatz ist für die Nutzergruppe Tumordokumentare vollständig abgebildet. Die Weiterentwicklung der Oberfläche sowie der Inhalte des Onko-Wiki erfolgt anhand der Auswertungen der Nutzerbefragungen. Das Ziel der einheitlichen Informationsquelle für inhaltliche Fragen zu Krebsregistern wurde weitgehend erreicht. Die inhaltliche Fortentwicklung konzentriert sich auf eine Verbesserung der Suchfunktion und die bessere Integration der Zertifizierung von Zentren in der Onkologie. Die Ausweitung auf weitere Personengruppen (u. a. Patienten) ist geplant.

Zusammenfassung

Das Onko-Wiki wird für die Nutzergruppe Tumordokumentare in der 2. Jahreshälfte 2017 zur Nutzung freigegeben. Die Weiterentwicklung für andere Nutzergruppen und für das integrierte Wissensmanagement wird in fortgesetzter Kooperation mit der DKH angestrebt.

Literatur

1. Gottfried C, Hager G, Scharl W, im Auftrag des BMBWK, Kriterienkatalog zur qualitativen Bewertung von Lernsoftware, November 2002
2. Stockmann R, Schäffer E, Konzept zur Evaluation von E-Learning Angeboten im Rahmen von VISU (Virtuelle Saar- Universität, CEval-Arbeitspapiere; 4) Saarbrücken, Centrum für Evaluation, 2002
3. Willige M, Rüb H, Zur Evaluation von Online-Lernprogrammen - Ein Überblick über die zentralen Grundlagen und das Evaluationskonzept des Modellvorhabens MILQ (Multimediale Interaktive Leittext-Qualifizierung), 2002
4. Berger C, Blauth R, Boger D, et al. Kano's method for understanding customer-defined quality; in: The Journal of the Japanese Society for Quality Control, pp. 3-35, 1993
5. Kadioglu D, Weingardt P, Ückert F, et al. Smply.MDR – Ein Open-Source-Metadaten-Repository. HEC 2016: Health — Exploring Complexity 2016 Joint Conference of GMDS, DGEpi, IEA-EEF, EFMI. German Medical Science, doi: 10.3205/16gmds149, 2016

Prof. Dr. J. Haier
NORDAKADEMIE
Köllner Chaussee 11, 25337 Elmshorn
Tel.: 0175/5583221, E-mail: joerg.haier@nordakademie.de

Programm Mittwoch, 21.06.2017

09:00 - 10:30 Uhr

Fortbildung 1

TNM - 8. Auflage

Ch. Wittekind, Leipzig

10:30 – 11:00 Uhr Kaffeepause

11:00 - 12:30 Uhr

Fortbildung 2

Lungenkrebs

T.-G. Blum, Berlin

12:30 – 13:30 Uhr Mittagspause

Ende des Kongresses

13:30 - 18:00 Uhr

Workshop

Workshop III:

**Rückmeldungen der klinischen Krebsregister an ihre meldenden ÄrztInnen
und Institutionen**

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V.

Weitere Informationen / Kontaktdaten

Lokale Organisation

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. (ADT)
Kuno-Fischer-Str. 8
14057 Berlin

Bianca Franke
Telefon: 030/32678727
E-Mail: franke.adt@tumorzentren.de

Inhaltliche Organisation

Justus-Liebig-Universität Gießen
Institut für Medizinische Informatik
Bereich Tumordokumentation

Dr. Udo Altmann
Telefon: 0641/99-41 380
E-Mail: udo.altmann@informatik.med.uni-giessen.de

Veranstaltungsort

Kongresshotel Potsdam am Templiner See
Am Luftschiffhafen 1
14471 Potsdam

Programmkomitee

Dr. Udo Altmann (Justus-Liebig-Universität Gießen)

Dr. Johannes Bruns (Deutsche Krebsgesellschaft e. V.)

Dr. Stefan Hentschel (AG Datensparsame einheitliche Tumordokumentation)

Prof. Dr. Ferdinand Hofstädter (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V.)

Prof. Dr. Alexander Katalinic (Gesellschaft der Epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.)

Joachim Kieschke (AG Krebsepidemiologie der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Informatik, Biometrie und Epidemiologie e. V.)

PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (ADT)

Dr. Christoph Kowalski (Deutsche Krebsgesellschaft e. V.)

Prof. Dr. Holger Pfaff (Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung e. V.)

Dr. Anett Tillack (Klinisches Krebsregister Brandenburg und Berlin gGmbH)