



ZENTRALES KLINISCHES  
KREBSREGISTER  
Mecklenburg-Vorpommern

# Zusammenarbeit zwischen Zentren und Klinischen Krebsregistern Mecklenburg-Vorpommern

Kerstin Weitmann, Wolfgang Hoffmann

Zentrales Klinisches Krebsregister Mecklenburg-Vorpommern

# Klinische Krebsregister



## Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG)

Vom 3. April 2013

### Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung -

Drittes Kapitel - Leistungen der Krankenversicherung (§§ 11 - 68)

Zehnter Abschnitt - Weiterentwicklung der Versorgung (§§ 63 - 68)

§ 65c

Klinische Krebsregister

- Mitglied der ADT
- Schwarz:** regional bezogenes Register
- Blau:** klinisches Register
- Grau:** keine Antwort

Copyright © ADT Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V. 2014  
Letzte Aktualisierung am 09.11.2016

...Aufgaben der klinischen Krebsregister:

Lückenlose Erfassung und Auswertung der Daten über das Auftreten, die Behandlung und den Verlauf von Krebserkrankungen in der ambulanten und stationären Versorgung.

<http://www.kbv.de/html/krebsregister.php>



Durch die einrichtungsübergreifende Zusammenführung und Auswertung von standardisierten Informationen zu Diagnostik, Therapie und Verlauf von Tumorerkrankungen:

- **Ergebnisqualität: Überlebenszeit, tumorfreie Zeit, Lebensqualität**
- **Prozessqualität, z. B. Einhaltung von Therapiestandards, Einhaltung von interdisziplinär beschlossenen Maßnahmen, etc.**
- **Strukturqualität, z. B. Therapieerfahrung (Häufigkeit bestimmter Operationen)**



- Meldebegründung (1)
- Patientenstammdaten (15)
- Stammdaten der Melder (11)
- Diagnosedaten (9)
- Daten zur Histologie (10)
- TNM-Klassifikation/sonstige Klassifikationen (16/3)
- Residualstatus (2)
- Fernmetastasen (2)
- Allgemeiner Leistungs-  
zustand (1)
- OP/Operateur (5/1)
- Strahlentherapie/Neben-  
wirkungen (10/3)
- Systemische Therapie/  
Nebenwirkungen (8/3)
- Verlauf (5)
- Tumorkonferenz (2)
- Tod (3)
- Anmerkung (1)
- **Zusatzmodule:** Gliome (11), Gynäkologische Tumoren (2), Kolorektales Karzinom (12), Lungenkarzinom (1), Malignes Melanom (3), Mammakarzinom (10), Prostatakarzinom (13)

## Aufgaben ZKKR:

- Implementation von landesweit einheitlichen Dokumentationsstandards
- Dublettenerkennung und Record linkage / Best-of-Datensatzermittlung
- Qualitätssicherung der Daten
- Auswertungen zur onkolog. Qualitätssicherung
- Pseudonymisierung
- Umsetzung von Widersprüchen
- Melderegisterabgleich
- ...

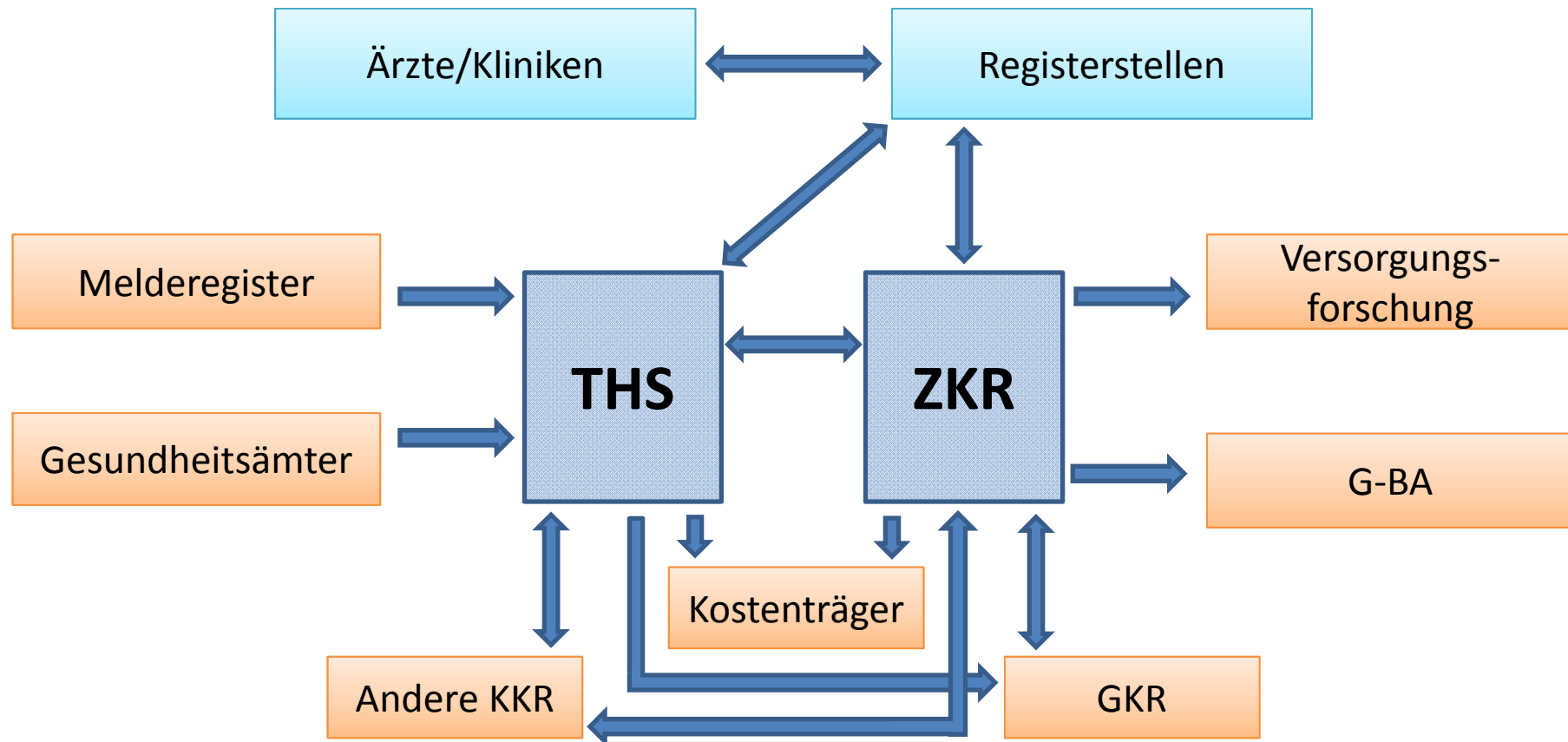




- Klinischen Krebsregistergesetz Mecklenburg-Vorpommern ([KlinKrebsRG M-V](#) vom 6. Juli 2011)
  - zentrale Zusammenführung und Auswertung der Daten der regionalen Klinischen Krebsregister im Land über das Zentrale Klinische Krebsregister Mecklenburg-Vorpommern
- KFRG bzw. § 65c SGB V führte zu Novellierung des Landesgesetzes
- am 06. Juli 2016 vom Landtag Mecklenburg-Vorpommern Gesetzes über die Krebsregistrierung in Mecklenburg-Vorpommern (Krebsregistrierungsgesetz - KrebsRG M-V) verabschiedet
- KrebsRG M-V tritt am 01. Januar 2017 in Kraft

# Zukünftige Datenflüsse

Stark vereinfachte Darstellung



THS: Treuhandstelle, ZKR: Zentralstelle der Krebsregistrierung, KKR: klinische Krebsregister,  
GKR: Gemeinsames Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und  
der Freistaaten Sachsen und Thüringen, G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss

ZENTRALES KLINISCHES  
KREBSREGISTER  
Mecklenburg-Vorpommern

**Mecklenburg  
Vorpommern**  
Ministerium für Arbeit,  
Gleichstellung und Soziales

## Jahresbericht 2015

Registerübergreifende Auswertung der Tumordokumentation der Klinischen Krebsregister in Mecklenburg-Vorpommern, Diagnosejahre 2008 bis 2012

Tumoren der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx (ICD-10 C00-C14), der Speiseröhre (ICD-10 C15), des Magens (ICD-10 C16), des Kolons, Rektums und Anus (ICD-10 C18-C21), des Pankreas (ICD-10 C25), der Lunge (ICD-10 C33-C34), der Brustdrüse (ICD-10 C50) und der Prostata (ICD-10 C61) sowie Hodgkin-Lymphome (ICD-10 C81)

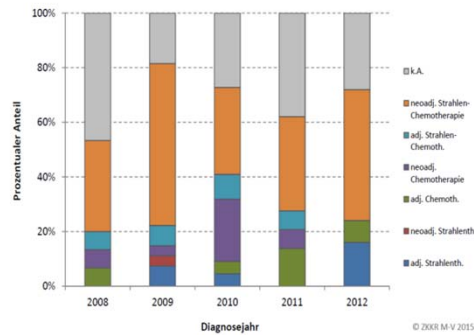


Abbildung 21: Prozentualer Anteil neoadjuvanter und adjuvanter Therapien nach den Diagnosejahren 2008 bis 2012 bei Patienten mit T3-/T4-Tumoren und/oder Lymphknotenmetastasen (N+) und Tumoresektion, aber ohne Patienten im UICC-Stadium IV (Bösartige Neubildungen des Ösophagus; ICD-10 C15; n=118)

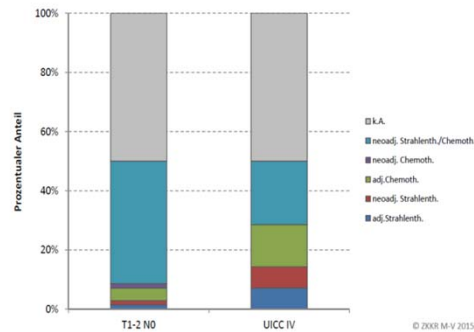


Abbildung 22: Prozentualer Anteil neoadjuvanter und adjuvanter Therapien bei Patienten mit T1-/T2-Tumoren ohne Lymphknotenmetastasen (N0) (n=35) und Patienten im UICC-Stadium IV (n=7) mit Tumoresektion im Diagnosezeitraum 2008 bis 2012 (Bösartige Neubildungen des Ösophagus; ICD-10 C15; n=42)

In Abbildung 21 ist die prozentuale Verteilung der neoadjuvanter und adjuvanter Therapien nach den Diagnosejahren bei Patienten mit T3-/T4-Tumoren und/oder Lymphknotenmetastasen (N+) vor Bösartige Neubildungen des Ösophagus (C15)

### 8.18 Überlebensanalyse (Kaplan-Meier) nach UICC-Tumorstadium

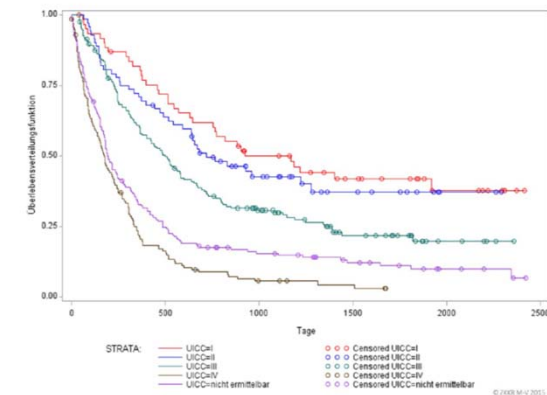


Abbildung 25: Überlebensanalyse (Kaplan-Meier) nach UICC-Tumorstadium (UICC I n=62; davon zensiert n=27/UICC II n=72; davon zensiert n=30/UICC III n=177; davon zensiert n=47/UICC IV n=141; davon zensiert n=9/UICC nicht ermittelbar n=182; davon zensiert n=23) im Diagnosezeitraum 2008 bis 2012 (Bösartige Neubildungen des Ösophagus; ICD-10 C15; n=634)

Die Überlebenswahrscheinlichkeit von Patienten mit einem Ösophaguskarzinom korrelierte signifikant mit dem UICC-Tumorstadium (Log-Rang-Test;  $p < 0,0001$ , Abbildung 25), d.h. die Überlebenswahrscheinlichkeit sank mit steigendem Stadium. Bemerkenswert ist, dass bei der Patientengruppe mit nicht ermitteltem bzw. nicht ermittelbarem Stadium der Verlauf der Überlebenswahrscheinlichkeit vergleichbar ist mit dem Verlauf der Gruppe der Patienten im Stadium IV. Dies könnte ein Hinweis für eine reduzierte diagnostische Aktivität bei Patienten mit primär fortgeschrittenen Stadien bzw. mit einem tumorbedingt sehr schlechten (kachektischen) Allgemeinzustand oder erheblicher Komorbidität sein. Weitere mögliche Erklärungen sind eine erhöhte Ablehnungsrate onkologischer Diagnostik durch Patienten mit einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung oder der Verzicht auf weiterführende Ausbreitungsdiagnostik durch die betreuenden Ärzte wegen mangelnder therapeutischer Konsequenzen.





	2008 bis 3. Quartal 2014 <sup>1</sup>
Datenübermittlung aus den KKR an die Treuhandstelle bzw. das ZKKR	08.04.2014– 18.11.2014
Insgesamt an die Treuhandstelle übermittelte Identitätsdatensätze <sup>2</sup>	191.112
Anzahl Patienten in der Treuhandstelle <u>nach Dopplerausschluss</u>	155.460
Insgesamt an das ZKKR übermittelte Tumoren (ICD-10 C00-C97, D00-D46)	199.309
Davon <u>mehrfach dokumentierte identische Primärtumoren</u> <sup>3</sup>	24.433
Anzahl Tumoren im ZKKR nach Dopplerausschluss	174.876

<sup>1</sup> Dokumentationszeitraum

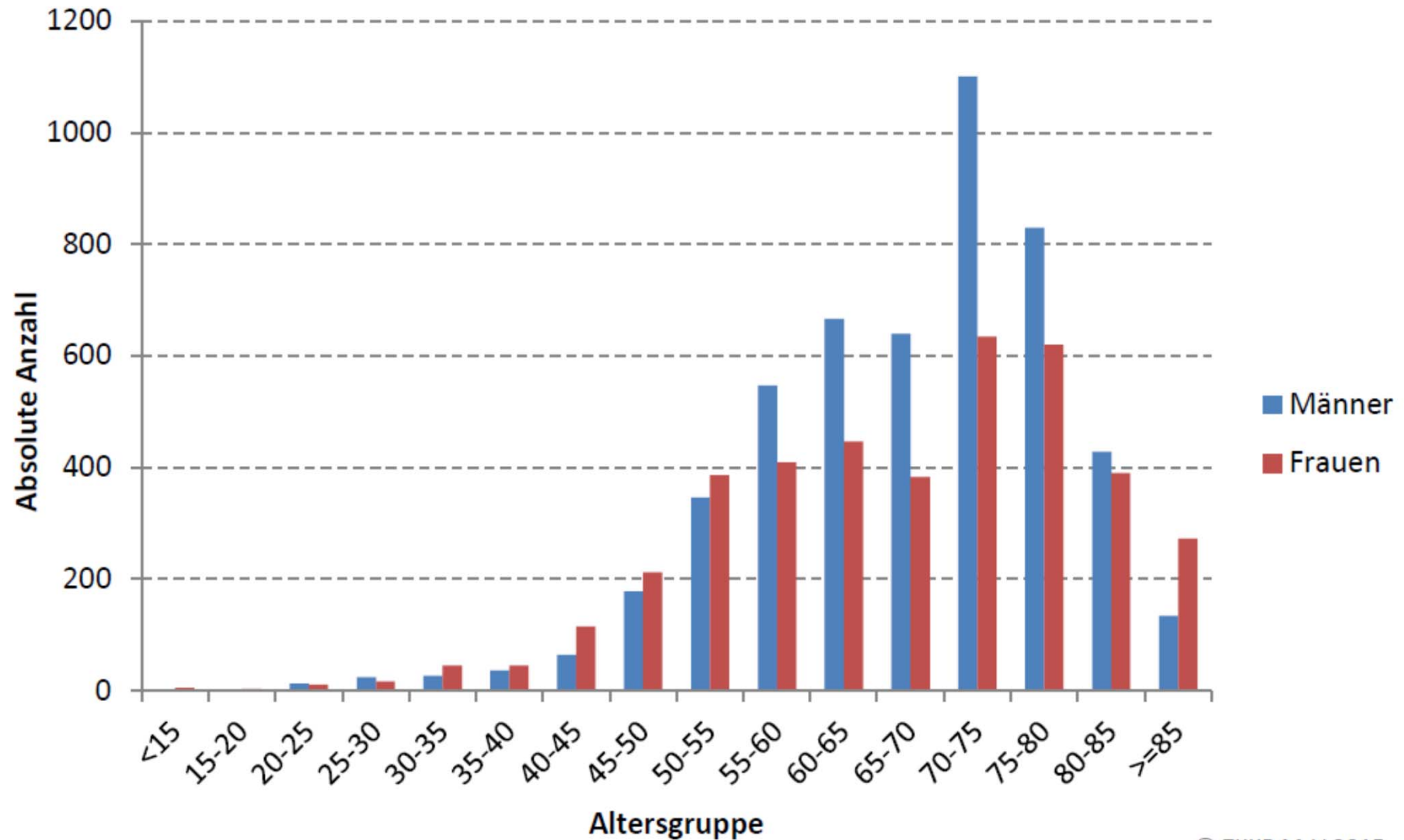
<sup>2</sup> Mehrere Datensätze zu einem Patienten möglich (z.B. aufgrund paralleler Dokumentation desselben Patienten in mehreren KKR oder wiederholtem Export der Patientendaten aufgrund von Aktualisierungen bspw. der Adressdaten)

<sup>3</sup> Identifikation in Anlehnung an das „Krebsregister-Manual der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.“ (Kapitel 3.4.1. Zählung von Mehrfachtumoren, Abschnitt IARC-Grundregeln (IARC = International Agency for Research on Cancer))

# Krebsneuerkrankungen in M-V



ZENTRALES KLINISCHES  
KREBSREGISTER  
Mecklenburg-Vorpommern



© ZKKR M-V 2015

Abbildung 7: Absolute Anzahl der Neuerkrankungen 2008 bis 2012 nach 5-Jahres-Altersgruppen und Geschlecht (Krebs gesamt; ICD10 C00-C97 ohne C44; n=9032)

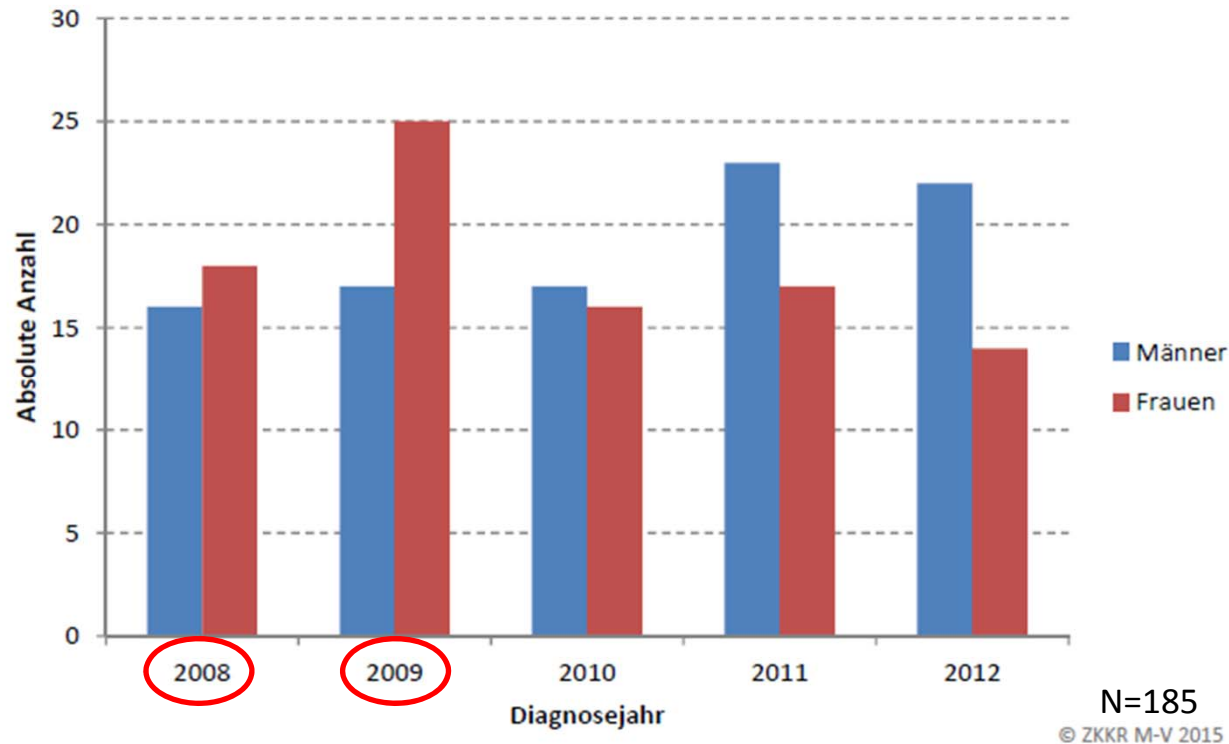
© ICM MV 2016

# Ergebnisse Hodgkin-Lymphom



ZENTRALES KLINISCHES  
KREBSREGISTER  
Mecklenburg-Vorpommern

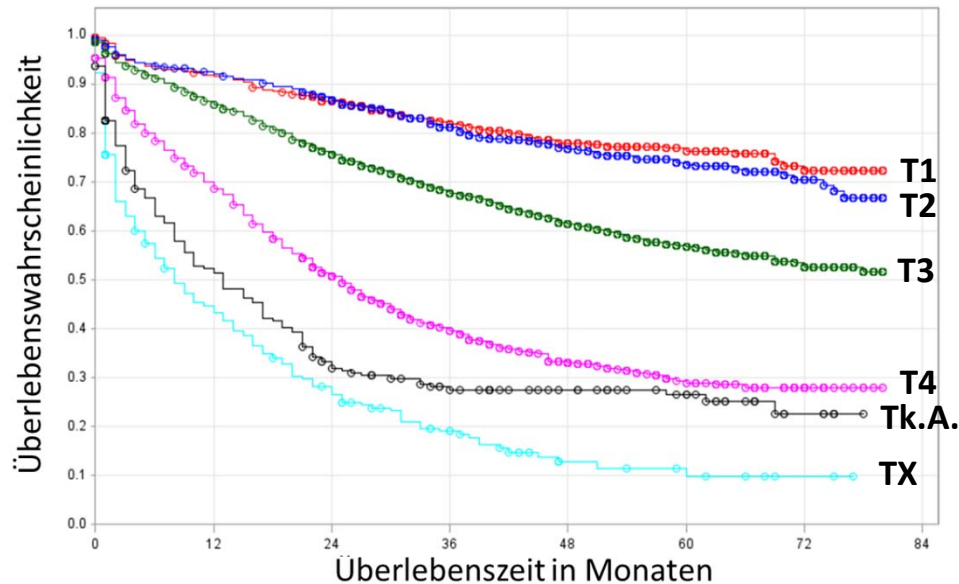
## Absolute Anzahl der Neuerkrankungen nach Geschlecht für die Jahre 2008-2012 für Morbus Hodgkin (ICD-10 C81)



Hinweis auf Untererfassung der Hodgkin Lymphome bei Männern in M-V in den Diagnosejahren 2008 und 2009 (in der Regel liegt die Inzidenz der Männer deutlich über der Inzidenz der Frauen).

# Bp. kolorektale Karzinome

## Überlebenszeitanalyse nach Tumorgroße



Überlebenswahrscheinlichkeit der Tumorgruppen TX und T k.A. sind jeweils **signifikant schlechter** als T4 (Log-Rang-Test,  $p < 0,01$ )

Spricht für sehr fortgeschrittene Erkrankung (T4 und/oder M+)

Patienten	Anzahl	MX und M k.A.	jedes N und M0	jedes N und M+
TX	209	52 (25%)	21 (10%)	136 ( <b>65%</b> )
T k.A.	235	198 ( <b>84%</b> )	0 (0%)	37 (16%)



Hinweis auf „bewusste diagnostische Inaktivität“ bei M+ Patienten bzw. Patienten mit weit fortgeschrittenem kolorektalem Karzinomkarzinom



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.**