



Erfahrungen aus 5 Registern zu ihren Rückmeldekonzepthen

Beispiel Brandenburg



Klinische Krebsregistrierung im Land Brandenburg



**Dezentrale Datenerfassung an fünf Standorten
nach Postleitzahl des Wohnortes des Patienten**

**Daten von der Diagnose, Therapie, Nachsorge bis
zum Tod**

**Zusammenführung der Daten zu einem
monatsaktuellem Auswertungssatz**

Zentralisierung der 5 Datenbanken in 2010/2011

**Meldungen aus dem ambulanten und stationären
Sektor, größtenteils in Papierform**

**Dokumentation mit dem Giessener
Tumordokumentationssystem (GTDS)**

**Organisatorische Unterstützung der Nachsorge
mittels eines auf Nachsorgeempfehlungen
basierenden Erinnerungssystems und vorbereiteter
Dokubögen**

ca. 210.000 Datensätze (Stand 08/ 10)



Qualitätsbericht Onkologie

- jährliche Erstellung eines Qualitätsberichtes Onkologie
- Beschlüsse der Qualitätskonferenz Onkologie des Landes Brandenburg
- Datenauswertungen zu den 20 häufigsten Tumorentitäten
- Berichte der tumorspezifischen Arbeitsgruppen
- Einrichtungsvergleiche im Rahmen der Arbeitsgruppen, teilweise deanonymisiert
- Unterstützung von DMP- Qualitätszirkeln
- Unterstützung bei der Zertifizierung von Organzentren



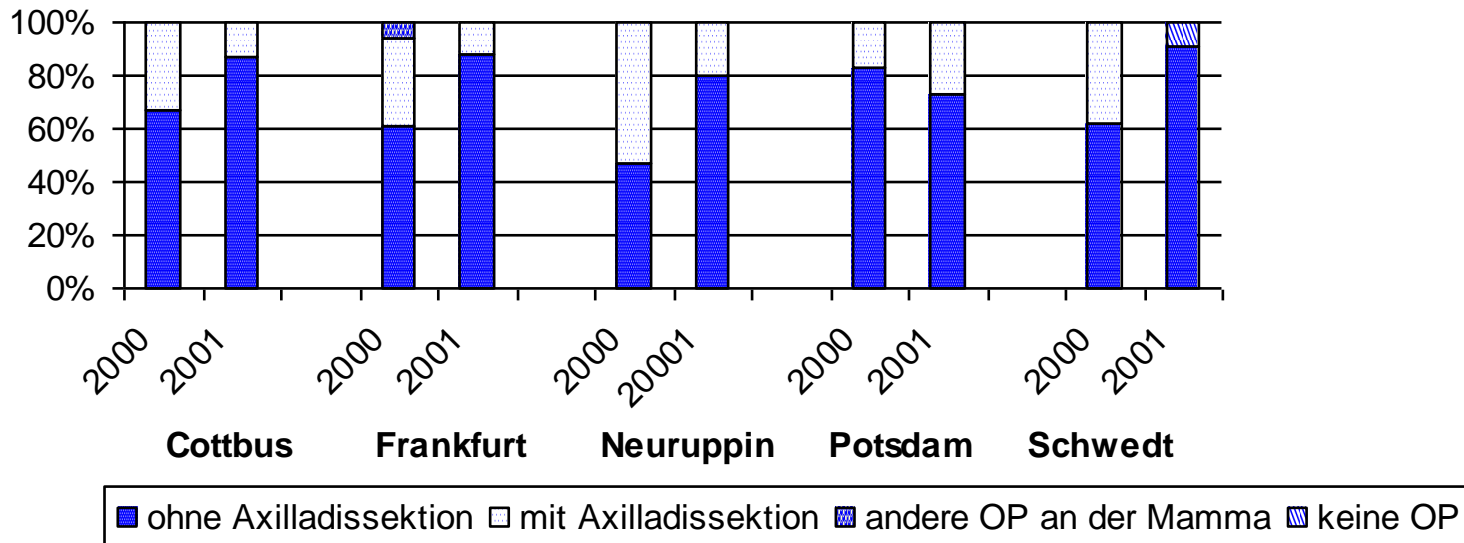
Arbeitsgruppe „Brustkrebs“

- quartalsweise Treffen der Cheförzte von 19 Kliniken des Landes Brandenburg im Sinne eines landesweiten Qualitätszirkels
- regelmäßige Datenauswertung zu Qualitätsindikatoren der S3- Leitlinie bzw. später zu Kennzahlen der Erhebungsbögen von OnkoZert
- multivariater Vergleich der Ergebnisqualität
- Testung verschiedener Mechanismen
- Anstrengungen zur Verbesserung der Datenqualität
- Beschluss zur Aufhebung der Anonymisierung – Auslösung heftiger landesweiter Diskussionen



Beispiele

- Rückmeldung: Vergleich der Einzugsgebiete der fünf Standorte in 2002





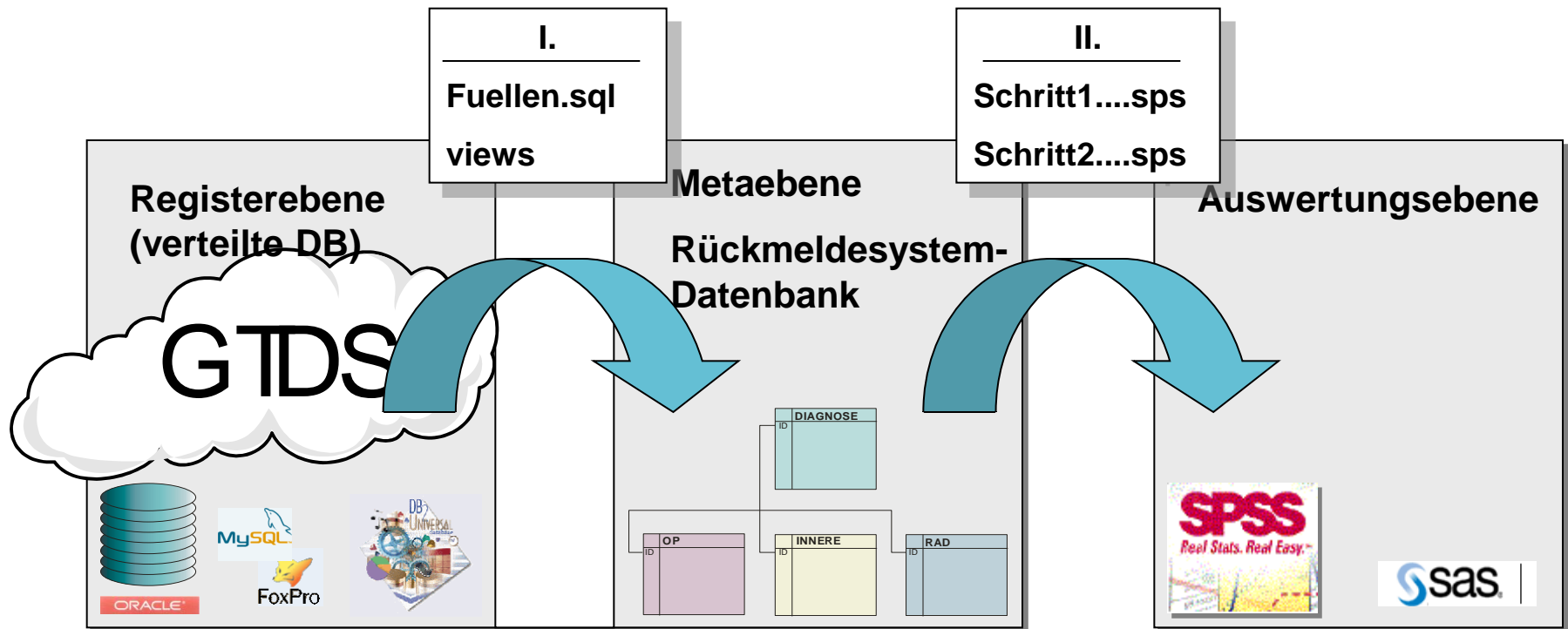
Rückmeldesystem

seit 2004 gemeinsames Projekt von Gießen(AKKK), TZBB(Betreuung TZ Cottbus), finanziert durch MASGF Brandenburg

- gemeinsame Datenbank, autonom und selbstständig betreibbar
- Anonymisiert, Zugriffsrechte Regelungen -> interessierte Ärzte können Zugang bekommen
- Maskensystem
- Reportsystem
- Importschnittstelle zu GTDS auf Basis von Text-Dateien (-> damit erweiterbar für andere Systeme)
- Exportschnittstelle zu SPSS



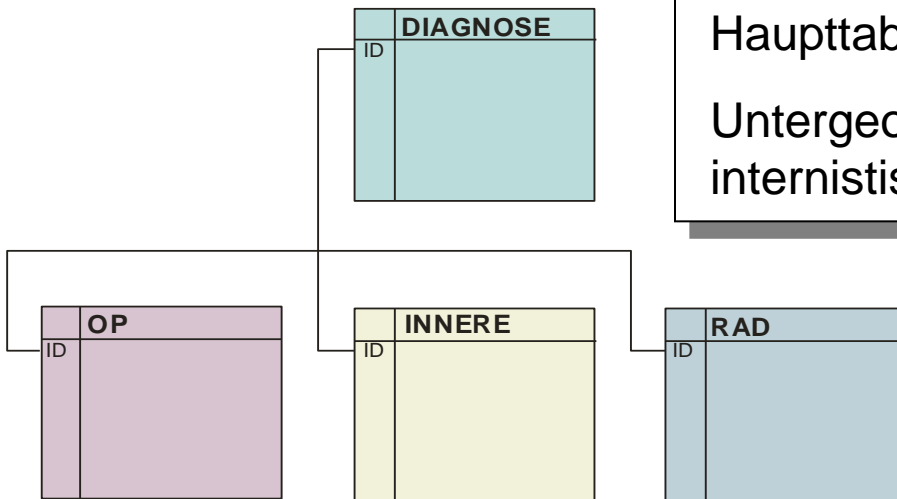
Rückmeldesystem





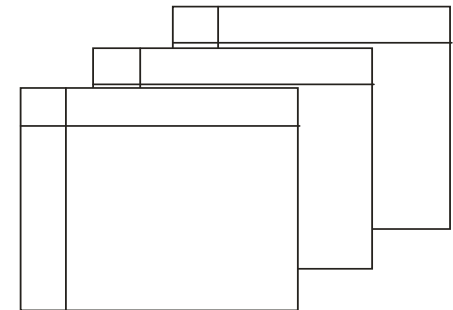
Rückmeldesystem

Haupttabelle: AUSWERTUNG=Diagnosedaten
Untergeordnete Therapietabellen für OP-,
internistische und Bestrahlungsauswertungen



Spezielle Tabellen:

- Befunde
- Abteilungen, Krankenhäuser
- Tumorspezifische Auswertung





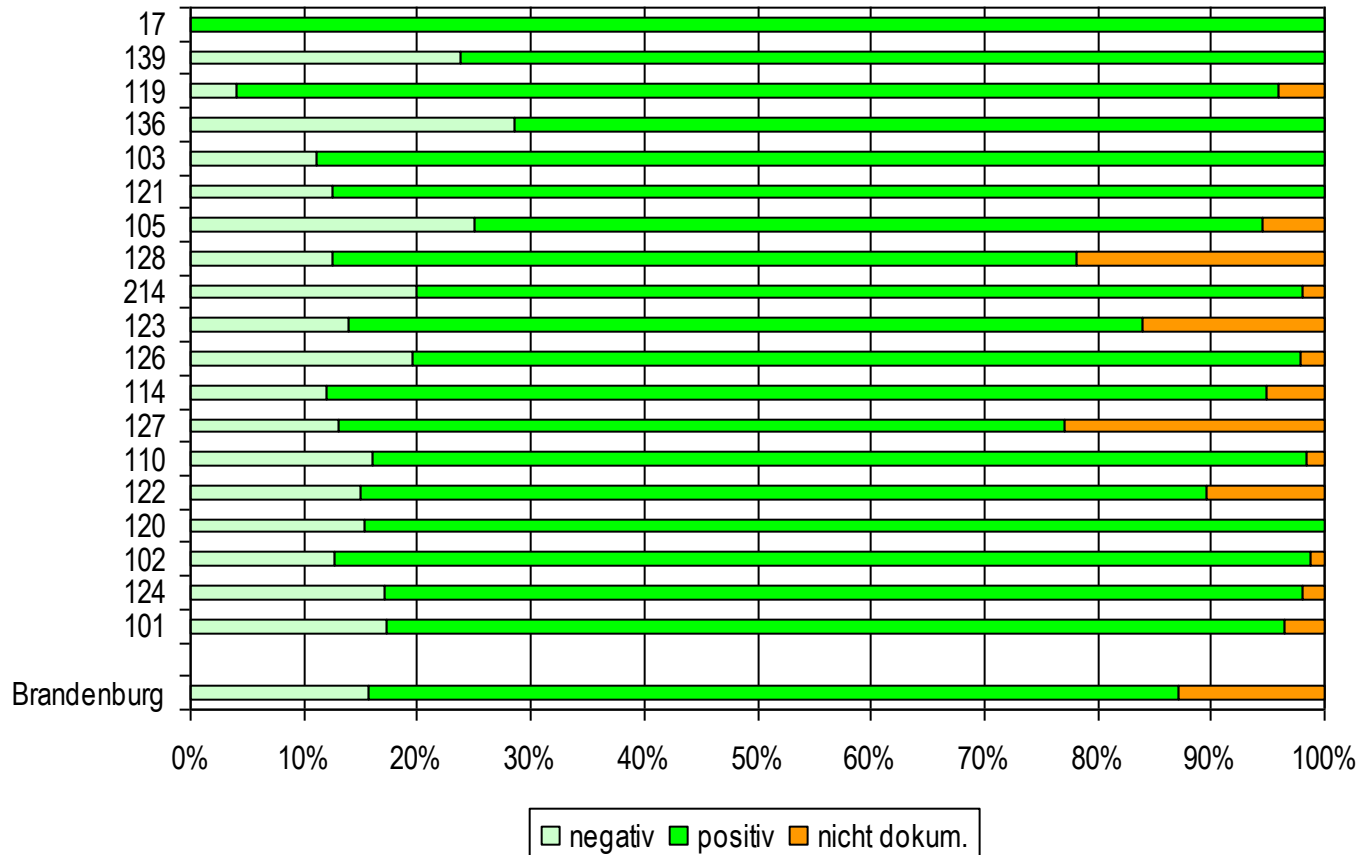
Beispiele - Rückmeldung: Implementierung der S3-Leitlinie in 2005:

- Im Register als nicht brusterhaltend operierte Patientinnen pT1/pT2 dokumentiert:

| Lfd. Nr. | Pat_ID | Name | Vorname | Geburtsdatum |
|----------|--------|------------|---------|--------------|
| 1 | 13098 | Musterfrau | Ella | 17.09.45 |



Hormonrezeptoranalyse bei invasivem Mammakarzinom





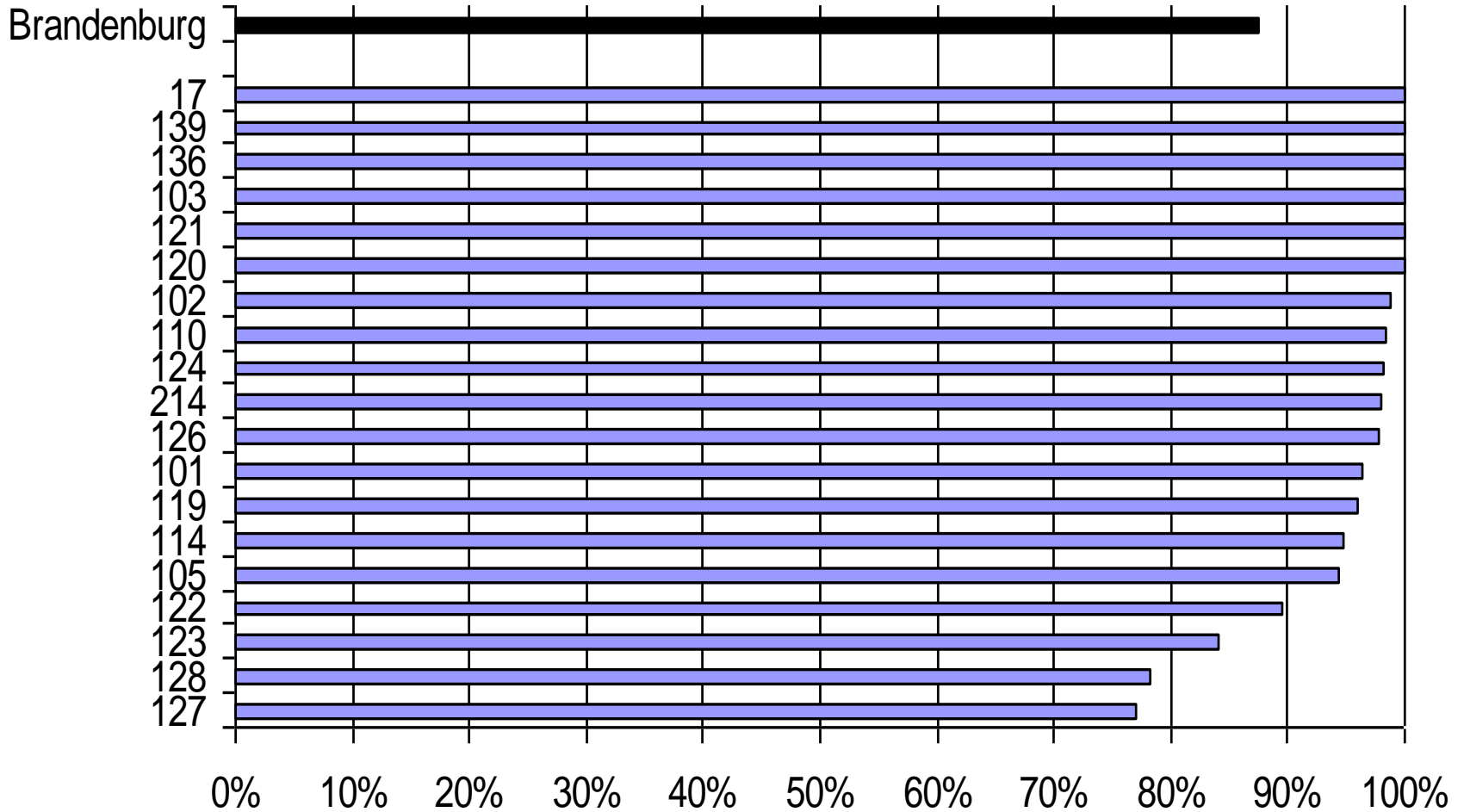
Beispiele - Verbesserung der Datenqualität - anonym

Angabe Schnittrand



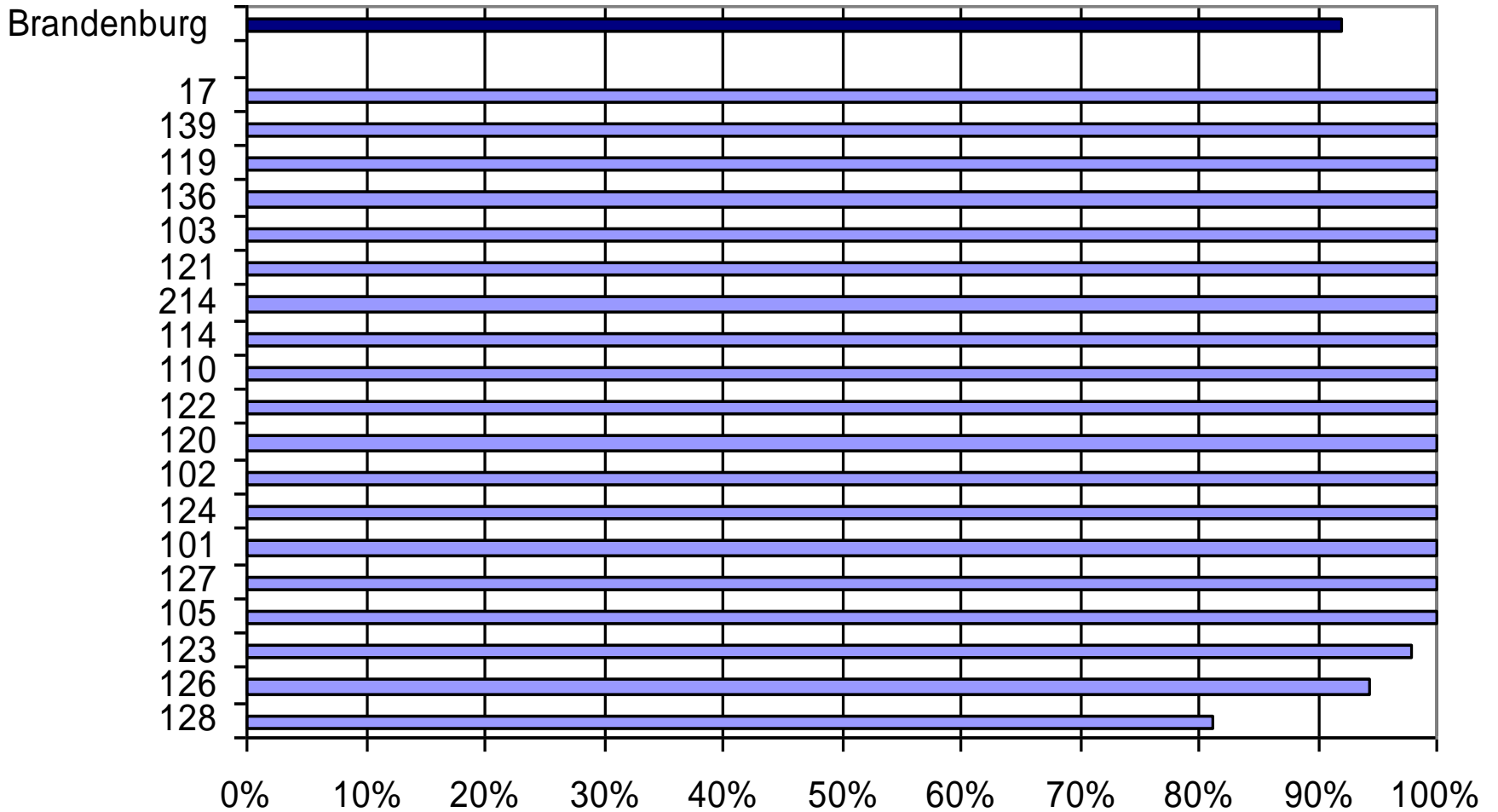


Hormonrezeptoranalyse bei invasivem Mammakarzinom vor Rückmeldung





Hormonrezeptoranalyse bei invasivem Mammakarzinom nach Rückmeldung





Ergebnisqualität - tumorrelevante biologische Einflussgrößen

| Abteilung | >= 70 Jahre | pT1 | pT4 | pN+ | G3 | HR- |
|-----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 1 | 26,1% | 42,2% | 3,5% | 28,4% | 15,7% | 12,0% |
| 2 | 24,0% | 47,5% | 6,0% | 34,9% | 28,1% | 9,2% |
| 3 | 39,0% | 31,2% | 13,4% | 40,1% | 42,0% | 8,2% |
| 4 | 30,2% | 43,4% | 6,4% | 21,9% | 31,8% | 15,3% |
| 5 | 34,8% | 39,0% | 4,9% | 20,7% | 31,8% | 12,0% |
| 6 | 26,1% | 46,9% | 4,1% | 26,2% | 29,6% | 13,0% |
| 7 | 33,3% | 42,8% | 4,1% | 23,9% | 57,6% | 6,2% |
| 8 | 23,0% | 35,3% | 5,6% | 22,5% | 29,9% | 7,1% |
| 9 | 38,9% | 39,4% | 6,4% | 29,0% | 32,4% | 13,4% |
| 10 | 32,1% | 42,0% | 5,6% | 19,1% | 30,9% | 20,4% |
| 11 | 37,7% | 49,2% | 5,1% | 25,7% | 18,5% | 8,6% |
| 12 | 33,2% | 39,1% | 7,4% | 23,4% | 31,6% | 10,9% |
| 13 | 24,5% | 42,4% | 3,9% | 23,9% | 30,2% | 13,0% |
| 14 | 24,4% | 54,9% | 6,7% | 23,5% | 42,5% | 17,8% |
| 15 | 35,5% | 33,1% | 4,0% | 16,9% | 30,6% | 12,9% |
| 16 | 30,4% | 42,0% | 5,8% | 21,3% | 37,2% | 22,2% |
| 17 | 27,7% | 42,9% | 4,6% | 33,2% | 37,4% | 18,1% |
| 18 | 18,8% | 46,5% | 2,7% | 27,9% | 19,5% | 11,4% |
| 19 | 31,4% | 41,3% | 8,1% | 28,2% | 23,6% | 15,7% |



Ergebnisqualität – erstmalig in 2007

- Gibt es Unterschiede zwischen den Kliniken
 - A – im Gesamtüberleben
 - B – bezüglich des rezidivfreien Intervalls?

- Gibt es Unterschiede zwischen den Pathologien
 - C – bei der Bewertung des Hormonrezeptorstatus
 - D – bei der Bewertung des Grading?

- Frage: Datenselektion?

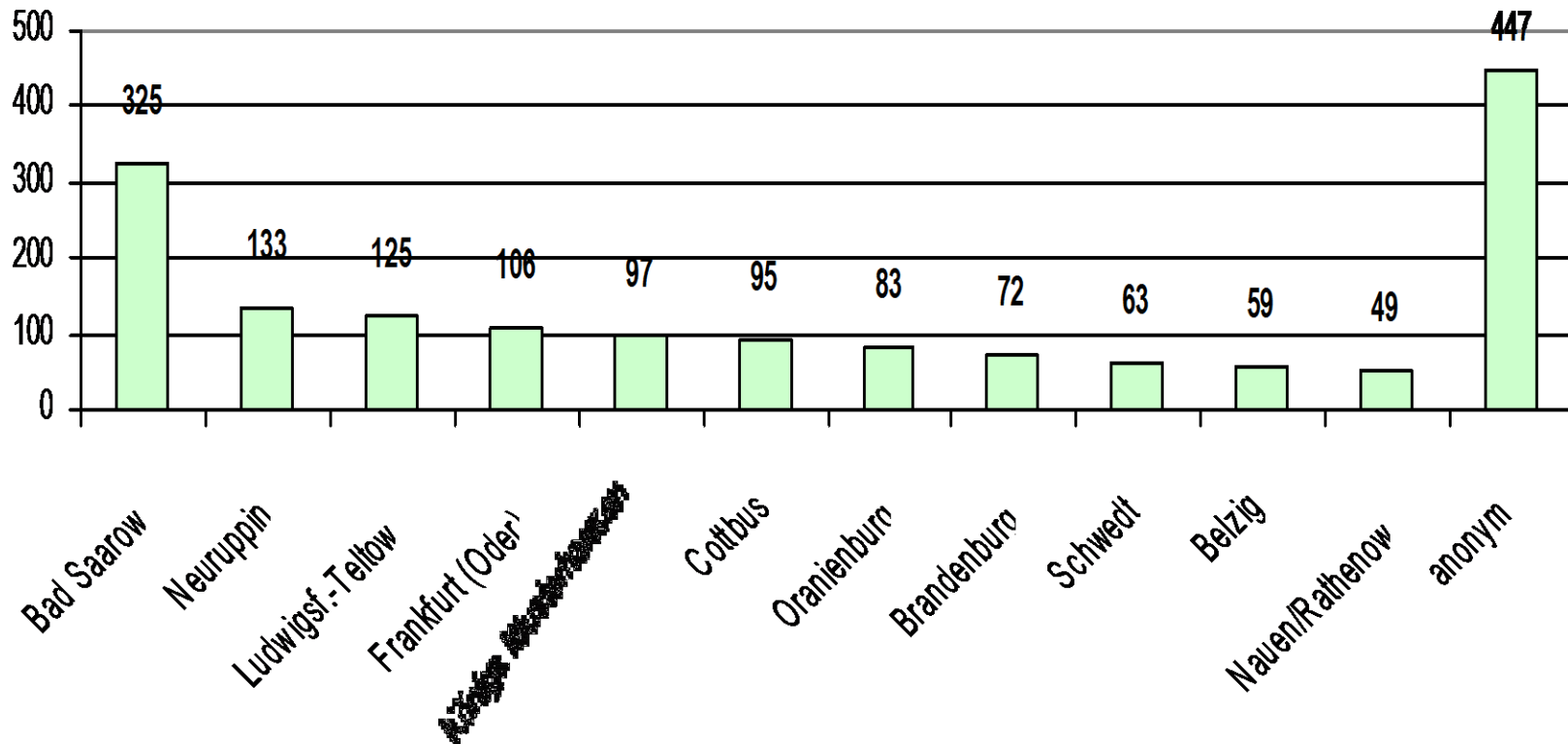


Erhöhung der Vollständigkeit der Datensätze – Beispiel fehlendes Grading in 2008

| | | |
|---------------|-------------|-----------|
| Musterstadt | 5,6% | 30 |
| Musterstadt | 14,8% | 46 |
| Musterstadt | 18,4% | 25 |
| Musterstadt | 1,3% | 5 |
| Musterstadt | 2,6% | 6 |
| Musterstadt | 2,4% | 15 |
| Musterstadt | 2,3% | 3 |
| Musterstadt | 3,2% | 7 |
| Musterstadt | 3,3% | 7 |
| Musterstadt | 4,0% | 5 |
| Musterstadt | 3,7% | 11 |
| Musterstadt | 3,8% | 6 |
| Musterstadt | 2,5% | 11 |
| Musterstadt | | 0 |
| Musterstadt | | 0 |
| Musterstadt | | 0 |
| Musterstadt | ,5% | 2 |
| Musterstadt | 5,8% | 47 |
| Musterstadt | 1,7% | 5 |
| Gesamt | 4,1% | 30 |

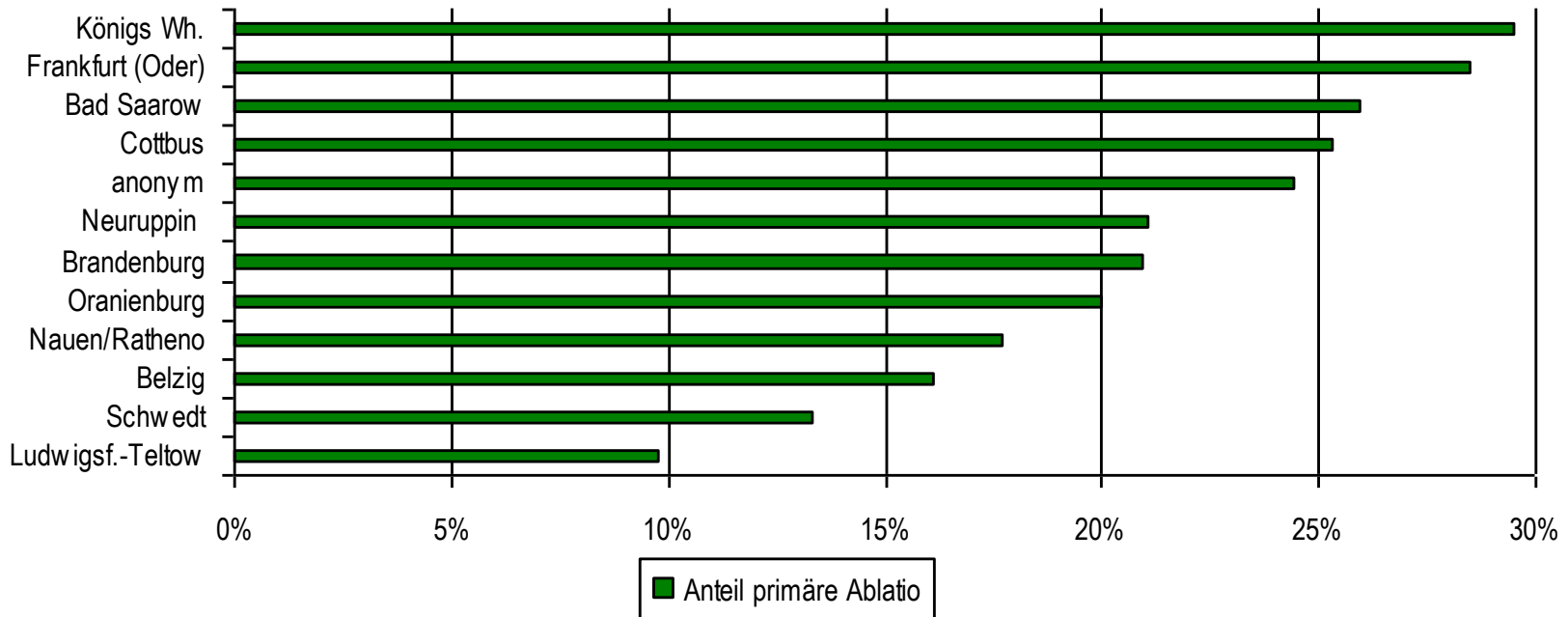


Aufhebung der Anonymisierung ausgewählter Parameter bei Veröffentlichung im Qualitätsbericht Onkologie





Aufhebung der Anonymisierung ausgewählter Parameter bei Veröffentlichung im Qualitätsbericht Onkologie



**Anteile Ablatio mammae als Ersteingriff nach Kliniken der Arbeitsgruppe
(nur epitheliale Neoplasien, nur nicht primär metastasierte Fälle (n = 7.791))**



Arbeitsgruppe „Darmkrebs“

- Diskussion innerhalb der Arbeitsgruppe
- seit 3 Jahren Veröffentlichung der Ergebnisse in anonymisierter Form im Qualitätsbericht Onkologie
- Einrichtungen erhalten ihre Kennung mit dem Hinweis auf die Möglichkeit auf Zusendung einer Patientenliste



Arbeitsgruppe „Darmkrebs“ - Resektionsergebnisse in den einzelnen Abteilungen

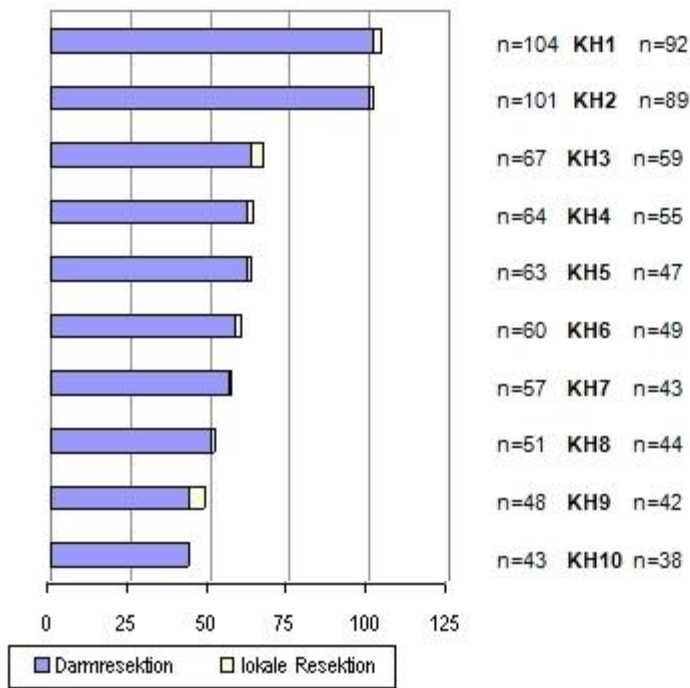


Abb. 8-13 Chirurgische Abteilungen im Land Brandenburg (ab 20 OP pro Jahr), Anzahl der Tumorerstoperationen (Darm- und lokale Resektion) bei kolorektalen Karzinomen, Stadium I – X (Diagnosejahr 2008)

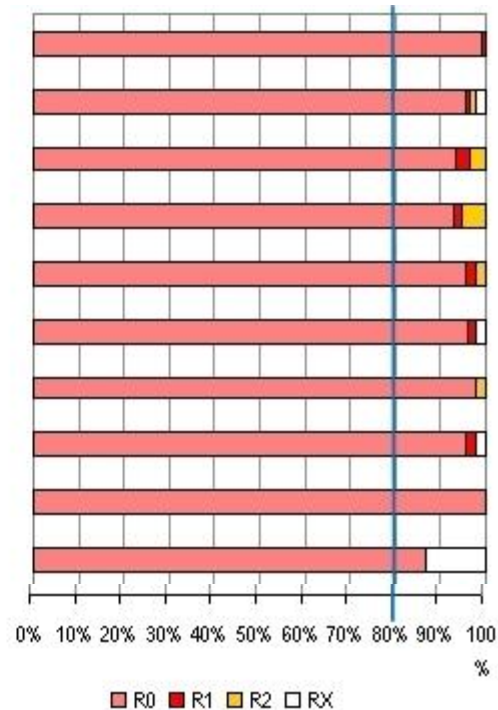


Abb. 8-14 Chirurgische Abteilungen im Land Brandenburg (ab 20 OP pro Jahr), dokumentierte R-Klassifikation bei kolorektalen Karzinomen, Stadium I – III (Diagnosejahr 2008)



Arbeitsgruppe „Darmkrebs“ - Resektionsergebnisse in den einzelnen Abteilungen

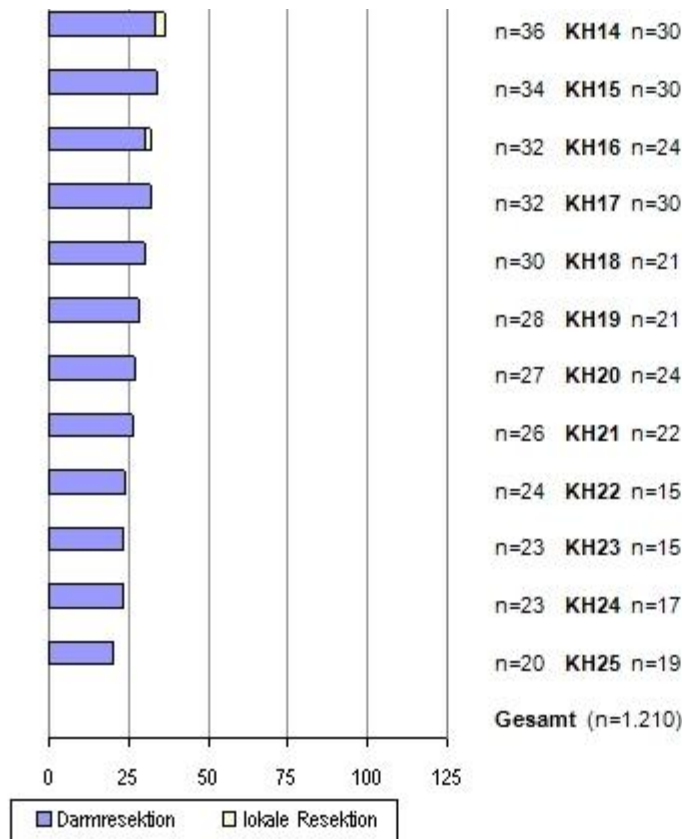


Abb. 8-13 Chirurgische Abteilungen im Land Brandenburg (ab 20 OP pro Jahr), Anzahl der Tumoroperationen (Darm- und lokale Resektion) bei kolorektalen Karzinomen, Stadium I – X (Diagnosejahr 2008)

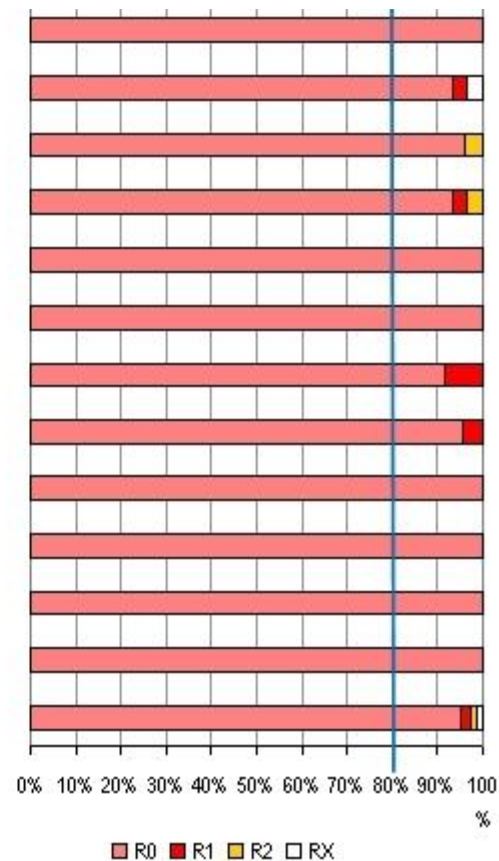


Abb. 8-14 Chirurgische Abteilungen im Land Brandenburg (ab 20 OP pro Jahr), dokumentierte R-Klassifikation bei kolorektalen Karzinomen, Stadium I – III (Diagnosejahr 2008)



Fazit

- Rückmeldung der Ergebnisse innerhalb von tumorspezifischen Arbeitsgruppen
- bisher keine systematischen Rückmeldeprozesse für alle Entitäten und Leistungserbringer etabliert
- Onkologische Zentren werden intensiv unterstützt
- gemeinsames Entwickeln von Strukturen und Prozessen wäre sinnvoll