



2. Bundesweite onkologische Qualitätskonferenz Kooperationsverbund Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister

**Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, Tumorzentrum Regensburg
(E-Mail: zentrum.tumor@klinik.uni-regensburg.de)**

Zur Qualität der Versorgung in Deutschland - Darmkrebs n= 136.124



Nordrhein-Westfalen
OSP Westfalen-Lippe



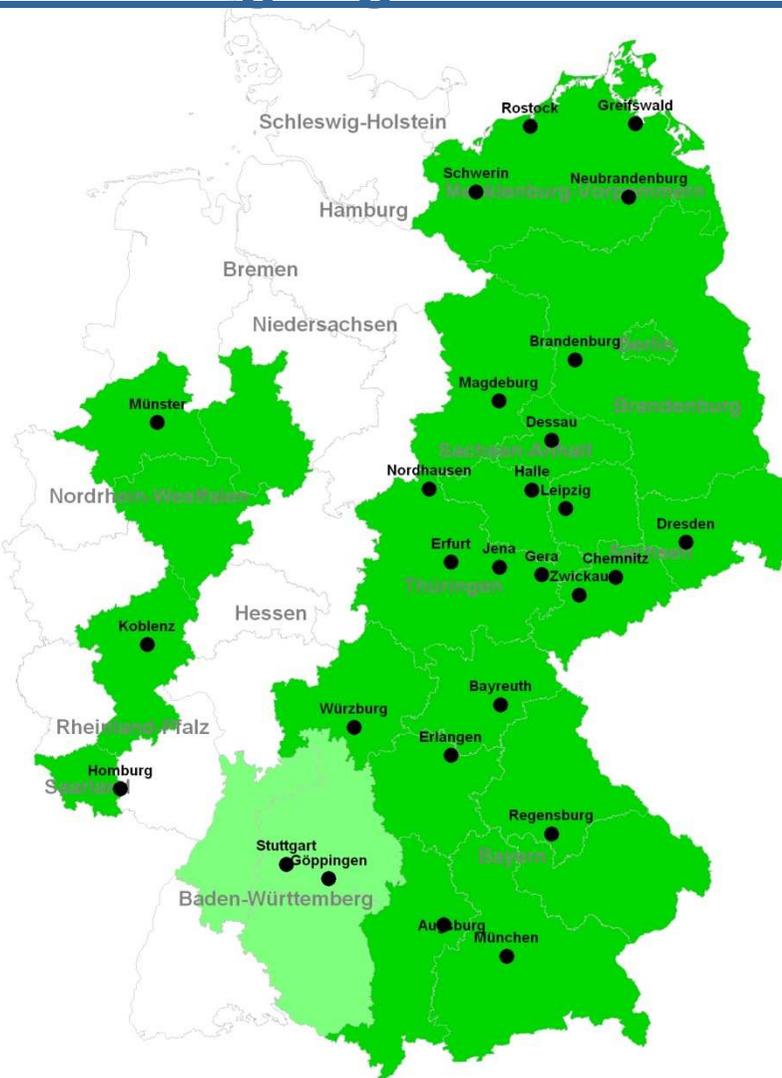
Rheinland-Pfalz
Krebsregister Koblenz



Saarland
Saarländisches TZ (Homburg)



Baden-Württemberg
OSP Stuttgart
OSP Göppingen




Mecklenburg-Vorpommern
TZ Rostock
TZ Greifswald
TZ Neubrandenburg
TZ Schwerin



Brandenburg
TZ Brandenburg



Sachsen-Anhalt
TZ Anhalt (Dessau)
TZ Halle
TZ Magdeburg



Thüringen
TZ Nordhausen
TZ Erfurt
TZ Jena
TZ Gera



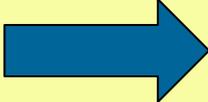
Sachsen
TZ Dresden
TZ Zwickau
TZ Chemnitz
TZ Leipzig



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

Kolorektales Karzinom

Beteiligung von
27 Tumorzentren/klinischen Krebsregistern
aus 10 Bundesländern

 136.124 Datensätze 1997-2007
Analyse: 106.857 Datensätze 1998-2005

Altersadjustierte Inzidenzrate Deutschland (RKI):

Frauen: 50,2

Männer: 72,8

Altersadjustierte Inzidenzrate USA (SEER):

Frauen: 44,0 (weiße Bevölkerung)

Männer: 60,4 (weiße Bevölkerung)

SEER = Surveillance, Epidemiology, and End Results of the
National Cancer Institute (NCI)

Zahl der Meldungen n = 136.124 (> 50% der jährlich erwarteten Meldungen)
 Einwohner BRD 2002 männlich + weiblich –(destatis)
 Neuerkrankungen CRC BRD 2002: 71400 (Schätzung RKI / GEKID)

Bundesland	Einwohner (Mio)	Mittl. Anzahl Neuerkrank. pro Jahr (RKI)	ADT: Anteil an erwarteten Meldungen %
Mecklenburg- Vorpommern	1,8	1560	68,0
Brandenburg	2,6	2253	68,9
Sachsen-Anhalt	2,7	2340	55,5
Sachsen	4,5	3899	62,6
Thüringen	2,4	2080	62,5
Bayern	12,1	10485	62,6
Baden-Württemberg	10,7	9272	7,6
Nordrhein- Westfalen	18,0	15597	26,1
Rheinland-Pfalz	4,0	3466	5,4
Saarland	1,1	953	16,1

Analyse der Versorgungsqualität von Darmkrebspatienten **S3- Leitlinie**

anhand der Daten klinischer Krebsregister



I. Früherkennung, Screening



II. Operative Therapie



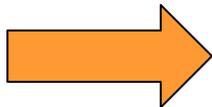
III. Pathomorphologische Untersuchung



IV. Adjuvante Therapie



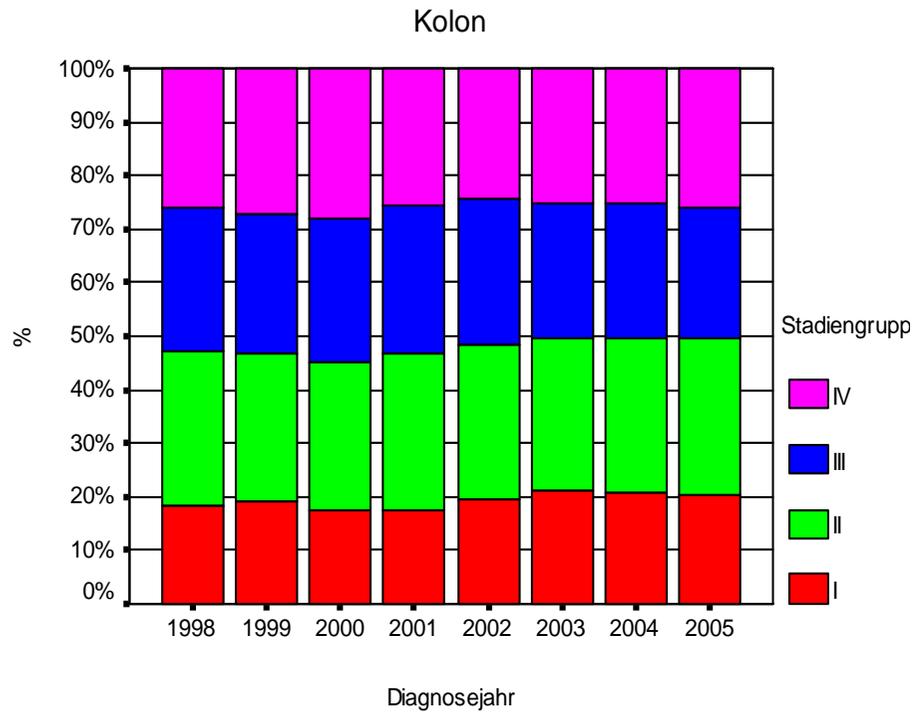
V. Rezidive und Metastasierung



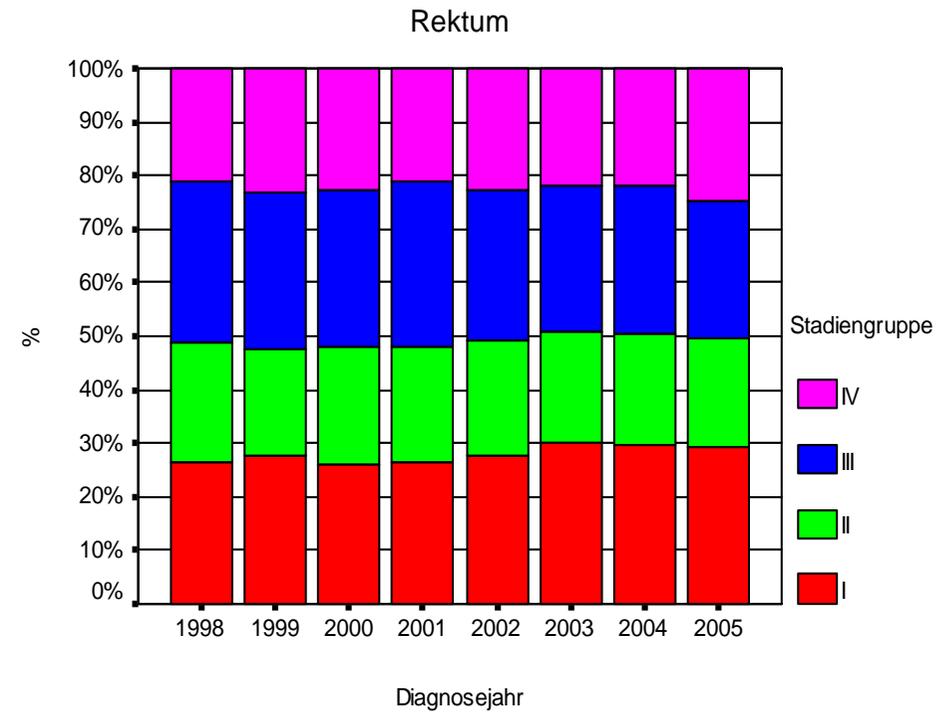
VI. Überleben

Stadienverteilung nach nach Lokalisation und Diagnosejahr

Stadienverteilung nach Diagnosejahr



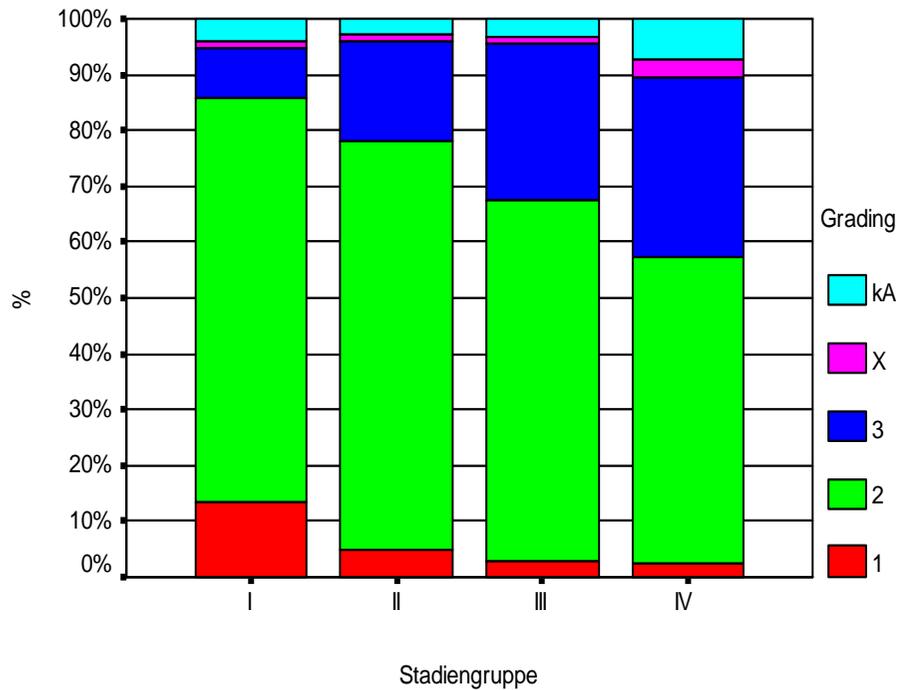
Stadienverteilung nach Diagnosejahr



Histologisches Grading nach Lokalisation und Stadium

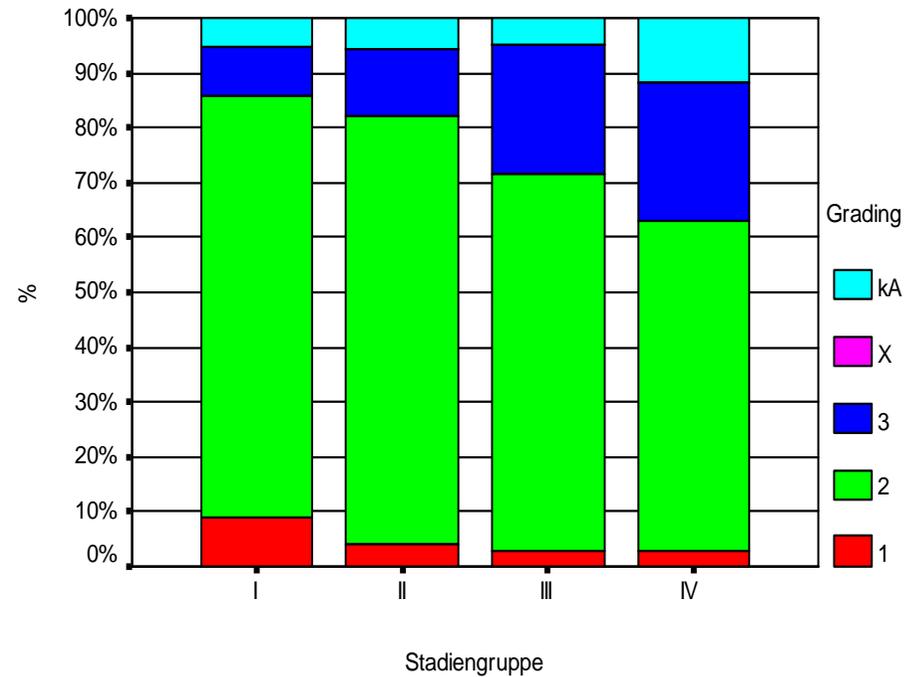
Grading nach Stadien I-IV

Kolon

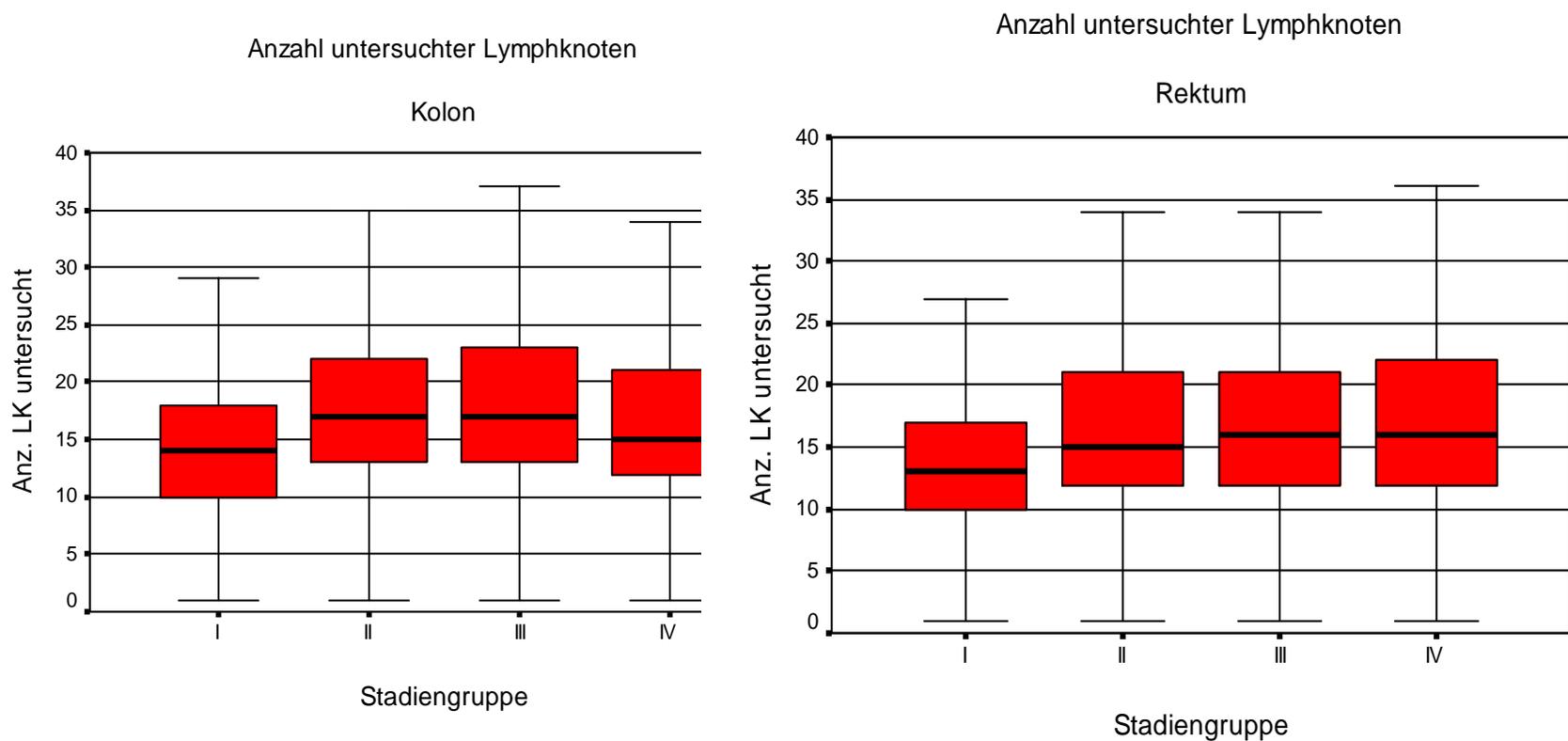


Grading nach Stadien I-IV

Rektum

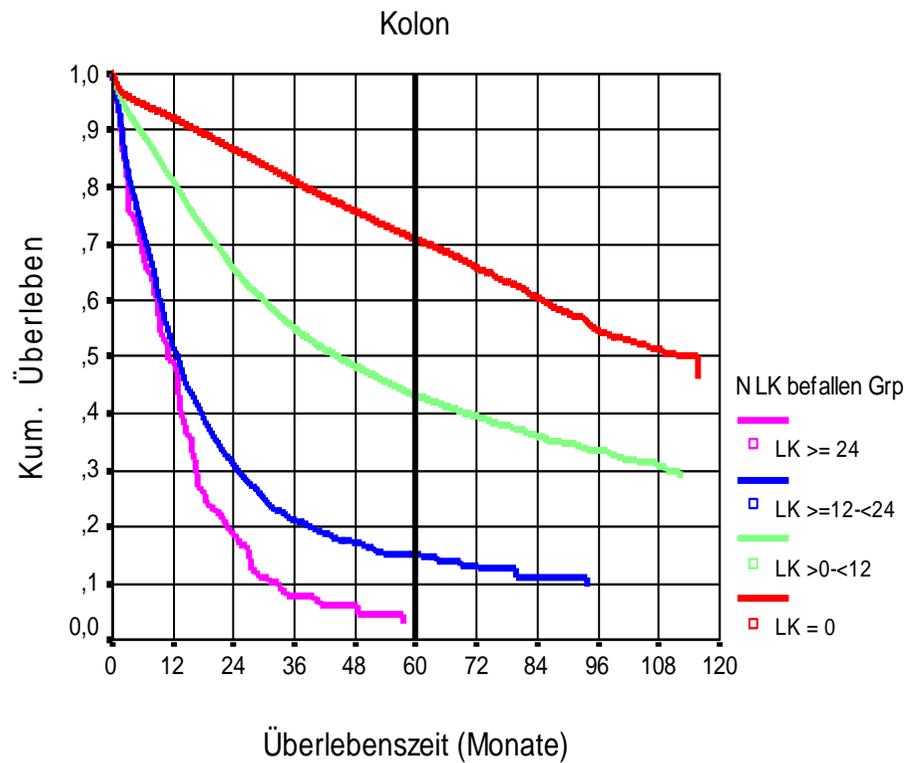


Anzahl untersuchter Lymphknoten nach Lokalisation und Stadium

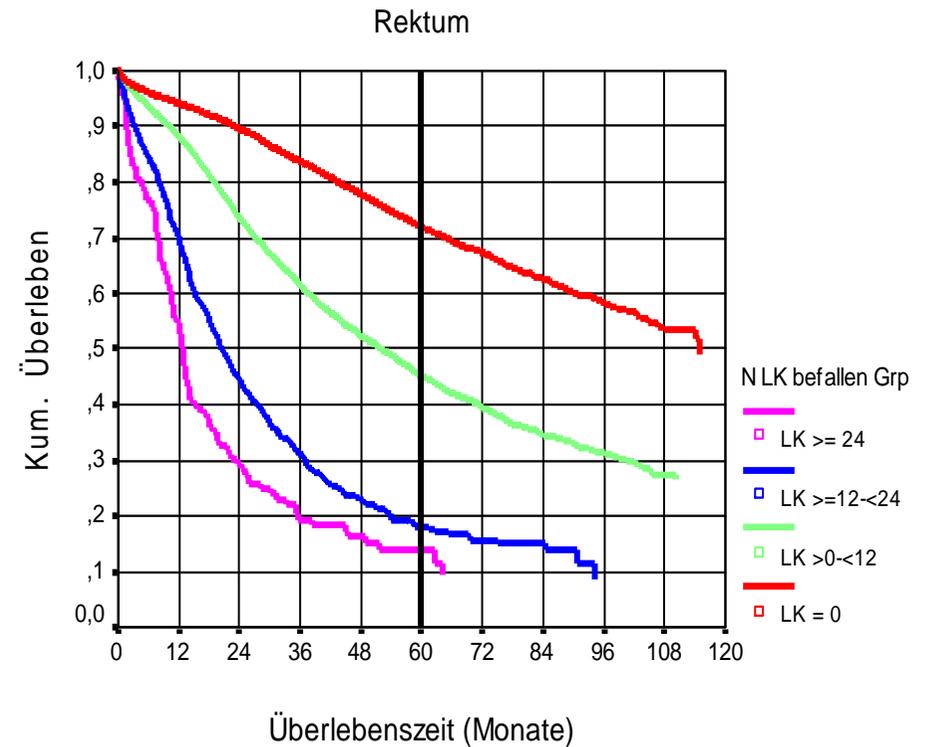


Gesamtüberleben nach Anzahl befallener Lymphknoten und Lokalisation

Gesamtüberleben (KM) nach Anzahl der befallenen LK

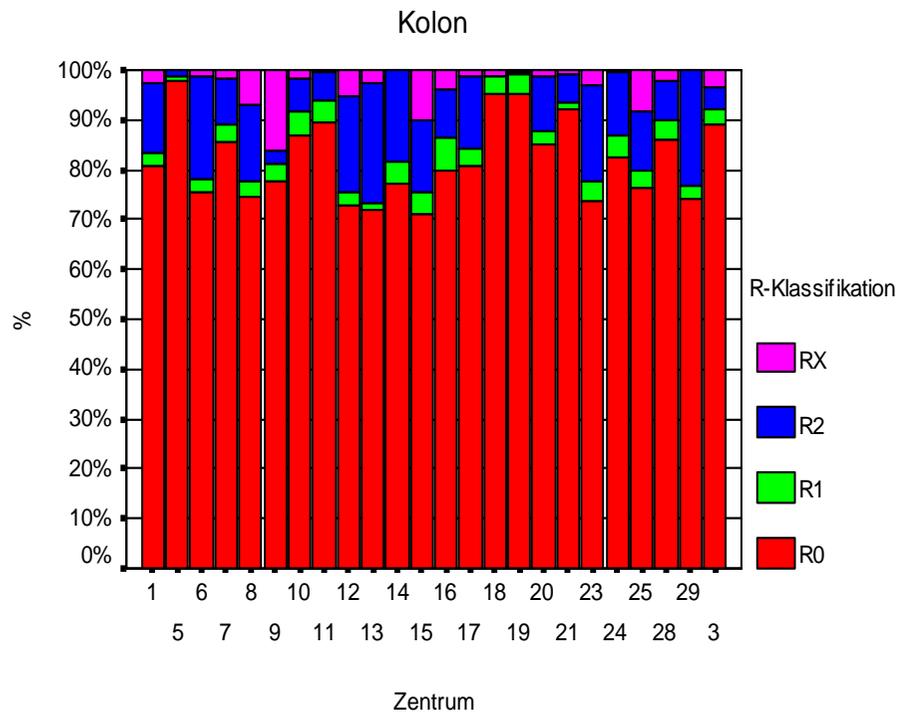


Gesamtüberleben (KM) nach Anzahl der befallenen LK

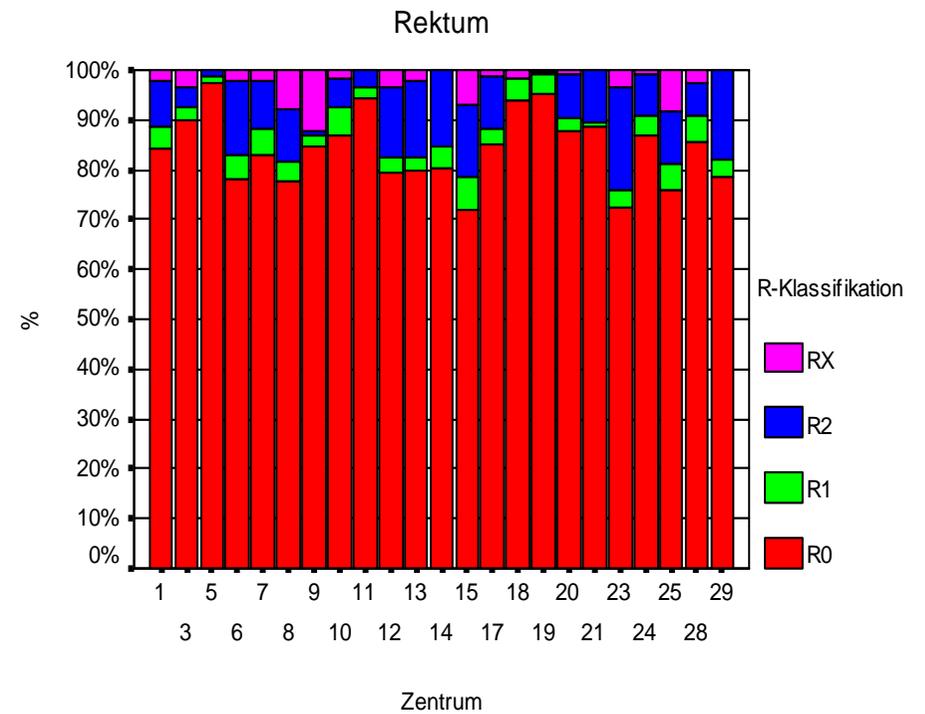


Residuale Klassifikation R nach Lokalisation und Zentrum (alle Stadien)

Residuale Klassifikation nach Zentrum (alle Stadien)

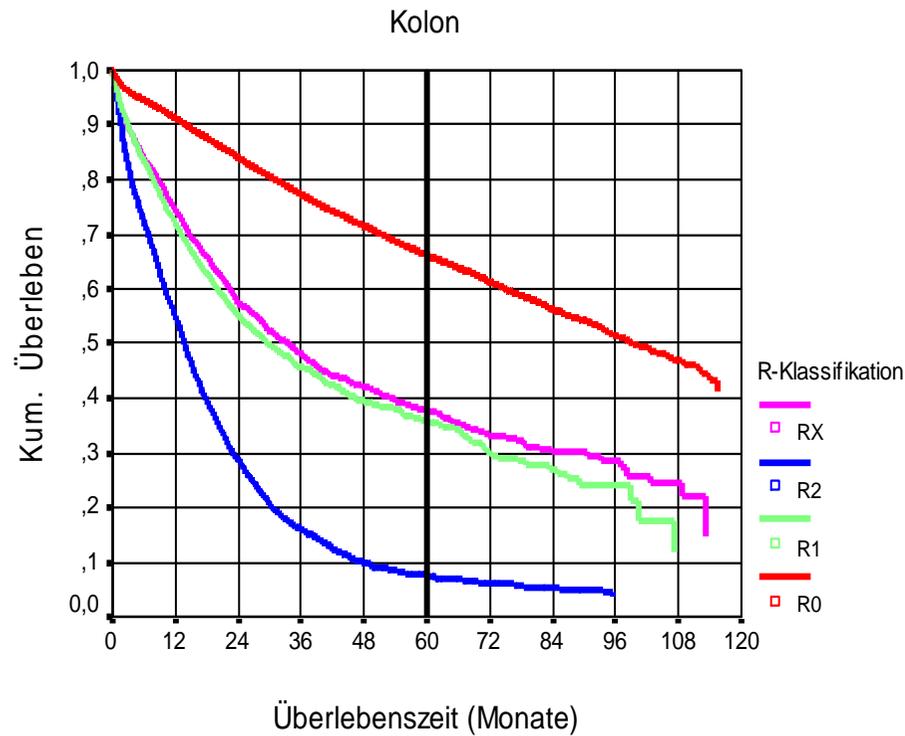


Residuale Klassifikation nach Zentrum (alle Stadien)

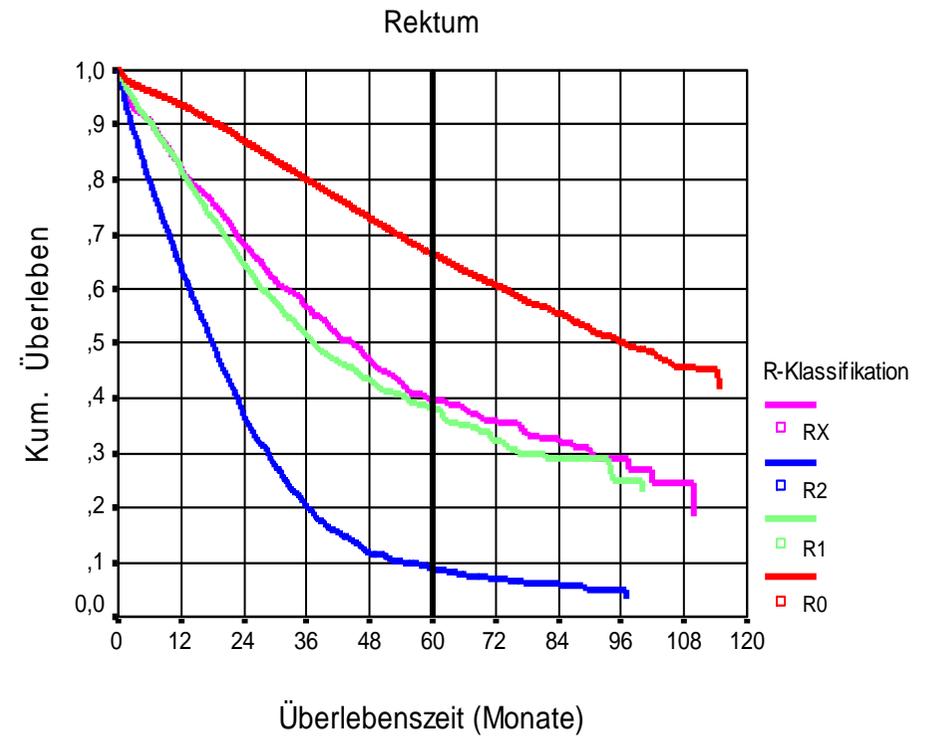


Gesamtüberleben nach Residualklassifikation R nach Lokalisation

Gesamtüberleben (KM) nach Residualklassifikation R



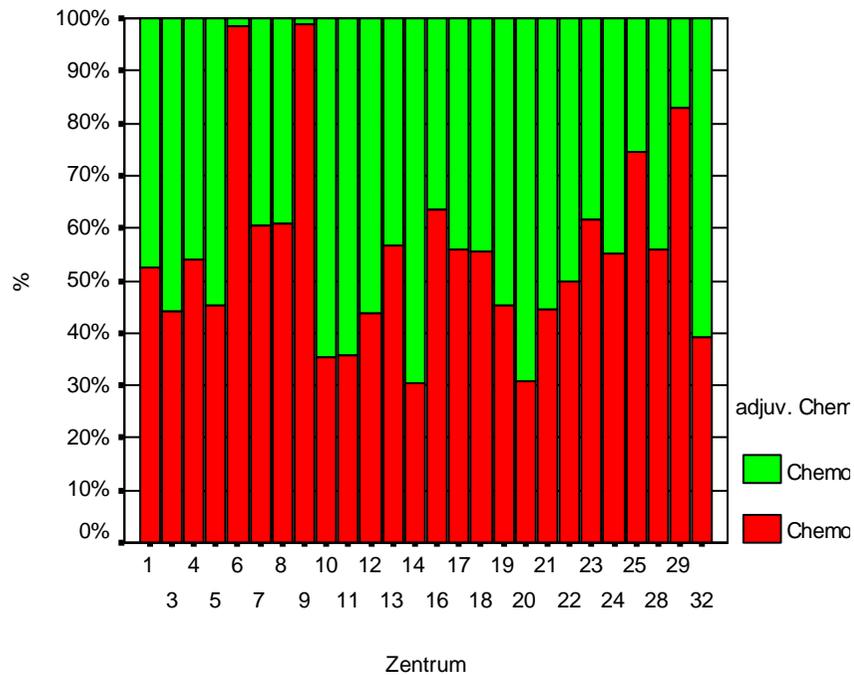
Gesamtüberleben (KM) nach Residualklassifikation R



Chemotherapie Kolon III

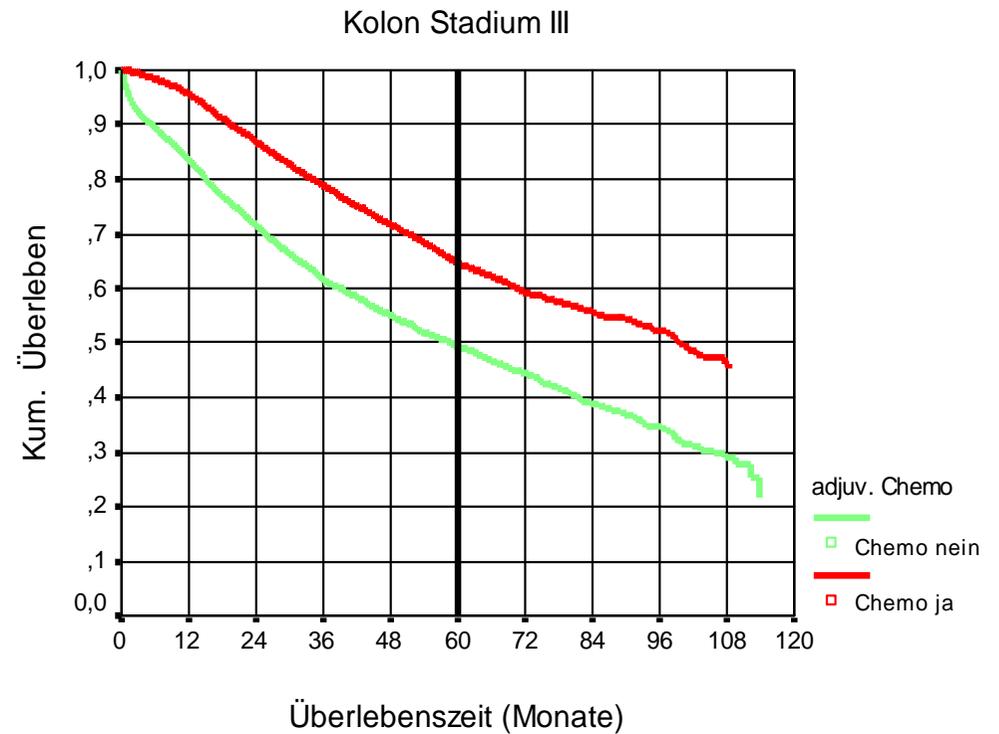
Chemotherapie ja / nein nach Zentrum

Chemotherapie nach Zentrum (Kolon, Stadium III, operiert)



Gesamtüberleben Chemotherapie ja vs. nein

Gesamtüberleben (KM) nach Chemotherapie ja vs. nein



Häufigkeit von Rezidiven und metachronen Metastasen bei Kolon und Rektum im Stadium I, II, III (mind. 6 Monate nach Diagnose des Primärtumors)

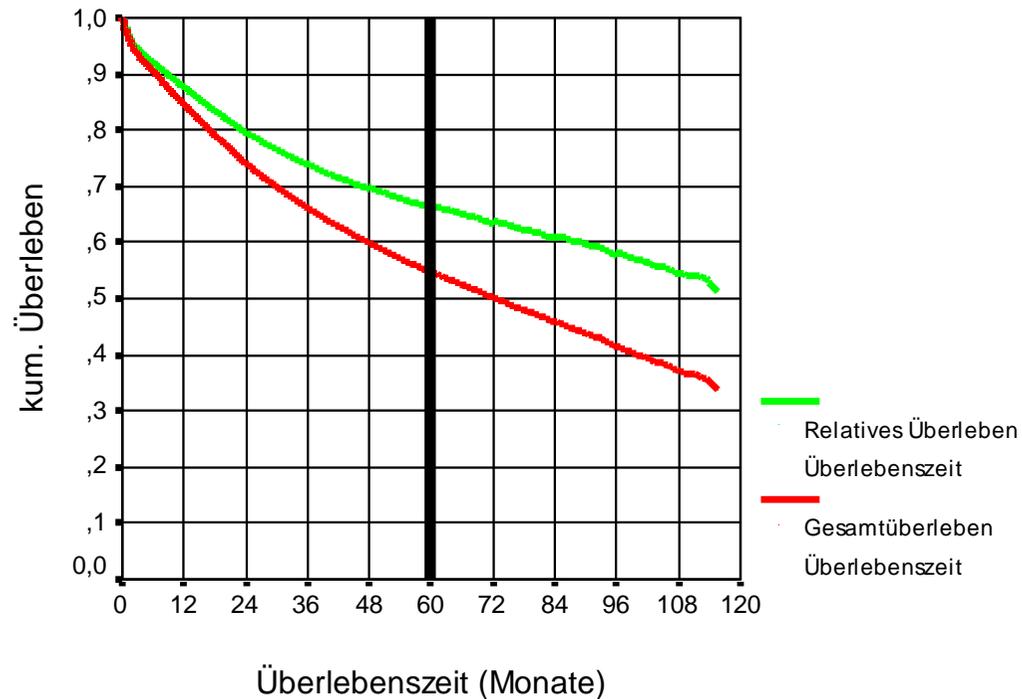
Kolon	Anteil Rezidive (> 6 Monate)	Anteil Metastasen (> 6 Monate)	Rektum	Anteil Rezidive (> 6 Monate)	Anteil Metastasen (> 6 Monate)
Stadium	%	%	Stadium	%	%
I	0,8%	2,8%	I	3,0%	6,1%
II	2,2%	8,2%	II	4,4%	11,7%
III	3,8%	18,0%	III	6,2%	22,5%
Gesamt	2,4%	10,2%	Gesamt	4,5%	13,6%

S3 Leitlinie: Nach kurativer Therapie eines kolorektalen Karzinoms besteht für 5 Jahre ein erhöhtes Risiko für ein lokales oder lokoregionäres Rezidiv (3-24%), Fernmetastasen (25%)

Gesamtüberleben und Relatives Überleben Kolon und Rektum

Gesamt- und Relatives Überleben

Kolon und Rektum



	Gesamt- überleben 5-Jahre (%)	Relatives Überleben 5-Jahre (%)
ADT 1998-2005	54,7	66,5
EUROCARE- 4 (1995-99)	-	57,5
USA (SEER, 1996-2003)	-	65,1

Ergebnis des Benchmarkings

- Klinische Krebsregister erfassen bevölkerungsbezogen die in der Literatur belegten relevanten prognostischen und therapeutischen Daten.
- Klinische Krebsregister sind die lokalen Ansprechpartner für die Medizin
- Sie vernetzen Versorgungsträger interdisziplinär und intersektoral
- Sie sind ein Instrument der unabhängigen externen Qualitätssicherung

Perspektiven für die klinische Krebsregistrierung

- Harmonisierung von Gesetzen, Prozeduren und Finanzierung in den Bundesländern ist erforderlich
- systematischer Abgleich mit Meldebehörden muss bundesweit kostenlos und Datenschutzgerecht realisiert werden
- Vollzähligkeit und Vollständigkeit sind optimierbar

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit