

Leitlinien und Qualitätsindikatoren in der Onkologie – Transparenz durch das Klinische Krebsregister

C. Matthes, G. Tilch, V. Wulff

Vorbetrachtung:

Die Qualitätssicherung in der Medizin erfolgt in der Praxis in den unterschiedlichsten Formen. Entsprechend der Zielstellung werden die Daten erhoben und mit den entsprechenden statistischen Verfahren ausgewertet und präsentiert. Dagegen registrieren Klinische Krebsregister Standarddaten (Tumorbasisdokumentation [5]) über den gesamten Krankheitsverlauf (Diagnose, Therapie, Nachsorge, Abschluss) der Population einer Region. Für ausgewählte Entitäten kann der Datenumfang durch eine spezifische Organdokumentation erweitert werden.

Es stellt sich nun die Frage, welche Aussagen Klinische Krebsregister im Rahmen der Qualitätssicherung erbringen können. Mittlerweile ist die Diskussion um Leitlinien in der Onkologie abgeschlossen und die Interdisziplinären Leitlinien 2002 [1] für die Diagnostik und Therapie maligner Erkrankungen allgemein verfügbar und Grundlage der medizinischen Praxis. Diesen Beweis zu erbringen ist Ziel konkreter Untersuchungen der Daten des Klinischen Krebsregisters des Südwestsächsischen Tumorzentrums Zwickau e.V. Im Weiteren ist es wichtig, Qualitätsindikatoren zu gewinnen bzw. zu definieren, um eine eindeutige aussagefähige Ist-Analyse zu erlangen, die wiederum einen Einfluss auf den medizinischen Behandlungsprozess ausübt. Als Beispiel seien hier die Qualitätsindikatoren für das Mammakarzinom genannt. Nicht zuletzt erhalten wir hierdurch Aussagen zur Quantität und Qualität der Dokumentation. Als Qualitätsindikatoren werden beispielhaft die Aussagen aus der Leitlinie für Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms des Informationszentrums für Standards in der Onkologie genommen [8].

Auswertung zum Zervixkarzinom 1998-2001 bezüglich leitliniengerechter Therapie

Fallzahlen

Im Beobachtungszeitraum (Abb. 1) wurden 341 Fälle mit einem invasiven Zervixkarzinom (C53) registriert und 505 nichtinvasive Fälle (D06; davon 345 Ca in situ und 160 schwere Dysplasien). Das Verhältnis invasiver zu nichtinvasiver Fälle beträgt also ca. 1:1,5 .

Jahr	N (C53)	Fälle/ 100000		N (D06- in situ)	Fälle/ 100000		N (D06- schw. Dysplasien)	Fälle/ 100000
1998	86	20,3		97	22,9		68	16,1
1999	85	20,3		87	20,8		39	10,2
2000	89	21,4		84	20,2		34	9
2001	82	20,1		77	18,8		19	4,6

Abb. 1 Erfassungszahlen des Klinischen Krebsregisters

Durch konsequente Nutzung der Vorsorgemaßnahmen (Kolposkopie, zytologisches Screening) könnten in mehr als 80% die nichtinvasiven Vorstufen des Zervixarzinoms diagnostiziert werden. Diese günstigen Zahlen werden in der Praxis sicher nicht ganz zu erreichen sein. Unser Sachbericht der Jahre 1995-2000 weist mit 468 C53-Fällen und 716 D06-Fällen auch ein Verhältnis von ca. 1:1,5 auf. Das gleiche Verhältnis finden wir auch im Sachbericht Onkologie 2000 des Tumorzentrums Land Brandenburg e.V. [4] sowie im Bericht 1995-2001 des Tumorzentrums Chemnitz e.V. [7] .

Erfassungslücken (verursacht durch rein ambulante Diagnostik und Therapie bei nichtinvasiven Fällen) dürften trotzdem vorhanden sein. Dafür sprechen neben dem Rückgang der absoluten D06-Fallzahlen von 1998 bis 2001 um ca. 40% auch die sehr deutlichen regionalen Unterschiede.

Die Anzahl der Zervixkarzinom-Neuerkrankungen (C53) ist bei leichten Schwankungen zwischen 1998 und 2001 nahezu konstant. Aber es sind sehr auffällige regionale Unterschiede (Abb. 2) vorhanden, die wiederum auf Erfassungsdefizite hinweisen könnten. Laut RKI (Krebs in Deutschland 1998 [2]) wird in Sachsen ein Erfassungsgrad von 80% für das Zervixkarzinom nicht erreicht.

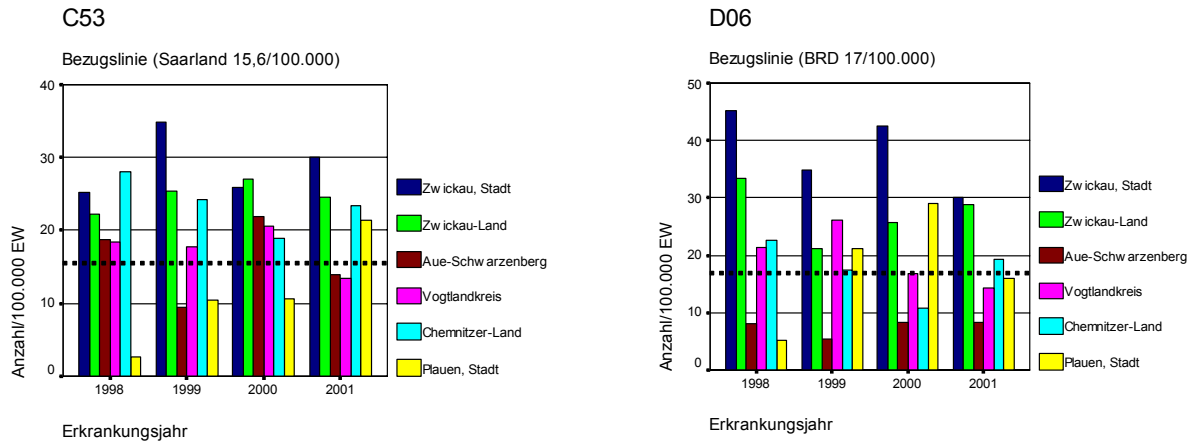


Abb. 2 Erfassungszahlen in den Regionen Südwestsachsen (C53 und D06)

In diesem Zusammenhang wird oftmals die Frage aufgeworfen, inwieweit die Ergebnisse der Diagnostik der Vorstadien sich im Verhältnis zu DDR-Zahlen, in der bekanntlich ein dichtes Netz von gynäkologischen Voruntersuchungen existierte, veränderte.

Diagnose- jahr	Summe ohne 622.1	klinische Stadien lt. Meldebogen					unbek.	622.1
		Stad. 0	Stad. 1	Stad. 2	Stad. 3	Stad. 4		
		233.1	180.0-9					
1983	278	122	71	28	37	18	2	57
1984	280	149	64	19	35	11	2	53
1985	280	125	80	30	32	10	3	85
1986	243	132	57	16	27	8	3	93
1987	250	105	71	32	28	11	3	62
1983-87	1.331	633	343	125	159	58	13	350

Abb. 3 Registrierte Erkrankungen der Zervix der Jahre 1983-1987 (Quelle: GKR)

Diagnose- jahr	Summe	klinische Stadien lt. Meldebogen					unbek.
		Tis	T1	T2	T3	T4	
		233.1	180.0-9				
1995	197	96	51	16	10	4	20
1996	171	88	37	12	13	3	18
1997	187	104	39	18	10	3	13
1998	225	109	61	15	19	4	17
1999	199	96	56	16	7	6	18
1995-99	979	493	244	77	59	20	86

Abb. 4 Registrierte Erkrankungen der Zervix der Jahre 1995-1999 (Quelle: GKR)

Die Zahlen der Tabelle (Abb. 3) der Jahre 1983-1987 weisen ein Verhältnis der invasiven zu den nichtinvasiven Fällen von 1:1,44 auf, womit das derzeitige Verhältnis von 1:1,5 annähernd erreicht wurde. Betrachtet man die Verhältnisse ohne die schweren Dysplasien (im GKR werden die schweren Dysplasien nicht mehr registriert) so erhält man für die Jahre 1983-1987 ein Verhältnis von 1:0,92 und für die Jahre 1995-1999 (Abb. 4) ein Verhältnis von 1:1,23. Daraus kann geschlussfolgert werden, insbesondere unter der Annahme der verbesserungswürdigen Erfassung der ambulant therapierten Frühstadien, dass es einen eindeutigen Trend zur Diagnostik der Frühstadien gibt.

Stadienverteilung (T-Stadium)

Es werden immerhin fast $\frac{1}{4}$ aller Zervixkarzinome (23%) im günstigen Stadium Ia1 diagnostiziert (Abb. 5). Von den 112 Fällen im Stadium Ia (= Mikro-Ca) sind das 78; 16 Fälle finden sich im Stadium Ia2 und 17 im nicht näher differenzierten Stadium Ia. 90 Fälle, also 26%, sind es im Stadium Ib.

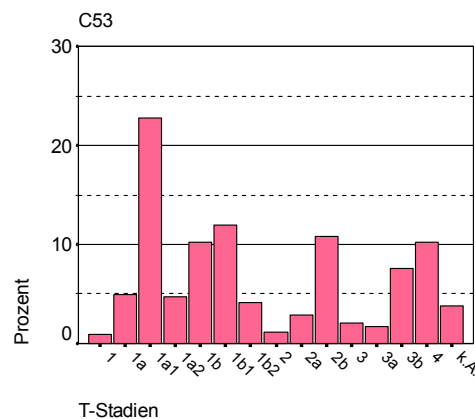


Abb. 5 T-Stadienverteilung des Zervixkarzinoms

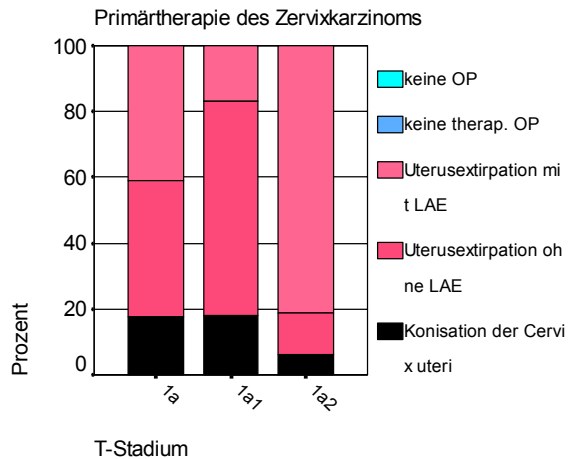
Somit ist der Anteil des Stadiums I an allen Zervixkarzinomen 60%. Da die metrische Ca-Ausdehnung entscheidend die lymphogene Ausbreitung bedingt, gibt es gerade im Stadium I unterschiedliche operative Therapiekonzepte.

Organüberschreitung und damit eine deutliche Verschlechterung der Prognose verteilt sich wie folgt:

- Stadium II: 14%
- Stadium III: 11%
- Stadium IV: 10%
- Stadium TX: 4%

Stadienabhängige Therapie (T-Stadium), Berücksichtigung der Leitlinien

In dieser Auswertung wollen wir die bei Zervixkarzinom-Patientinnen in Südwestsachsen durchgeführte Therapie mit den von der Deutschen Krebsgesellschaft und dem Informationszentrum für Standards in der Onkologie erarbeiteten Leitlinien vergleichen [1]. Leitlinien sind Empfehlungen für ärztliches Handeln in charakteristischen Situationen. Sie stellen somit Standards dar, von denen Abweichungen möglich sind, die aber stets begründbar sein sollten.



Stadium	Uterusexirpation ohne LAE	Uterusexirpation mit LAE	Konisation der Cervix uteri	Keine therap. OP	keine OP
1	1	1	0	0	1
1a	7	7	3	0	0
1a1	51	13	14	0	0
1a2	2	13	1	0	0

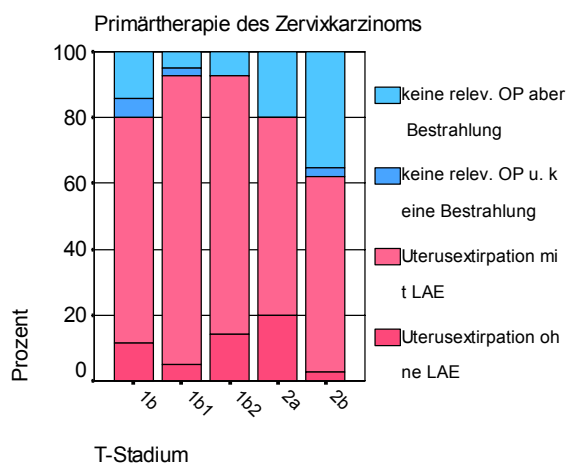
Abb. 6 Primärtherapie des Zervixkarzinoms der Stadien 1 – 1a2

Im Stadium I bestimmt wie schon erwähnt die Tumorgöße die Wahrscheinlichkeit der lymphogenen Metastasierung und damit das operative Therapieverfahren. Während im Stadium Ia1 die Wahrscheinlichkeit der Lymphknotenmetastasierung sehr gering ist, steigt sie ab dem Stadium Ia2 an.

So ist im Stadium Ia1 die Tumorentfernung in Form der Konisation (Voraussetzung: sicher im gesunden entfernter Tumor, bestehender Kinderwunsch, gewährleistet optimale Nachbetreuung) bzw. der vaginalen oder abdominalen Hysterektomie die leitliniengerechte Therapie. In unserem Patientenkollektiv (Abb. 6) erfolgte in 18% eine Konisation, in 65% eine Hysterektomie und in 17% eine Hysterektomie mit Lymphonodektomie.

Ab Stadium Ia2 soll die pelvine Lymphonodektomie unbedingter zusätzlicher Operationsbestandteil sein, in unserem Patientenkollektiv in 87% im Stadium Ia2 realisiert.

Die Radikal-OP nach Wertheim-Meigs mit pelviner und ggf. paraaortaler Lymphonodektomie sowie Entfernung der Parametrien ist Standard im Stadium Ib sowie Ila+b. Im Stadium Ib erfolgte in unserer Auswertung (Abb. 7) in 78% die Radikal-OP nach Wertheim-Meigs, in 9% wurde eine primäre (kombinierte) Strahlentherapie durchgeführt.

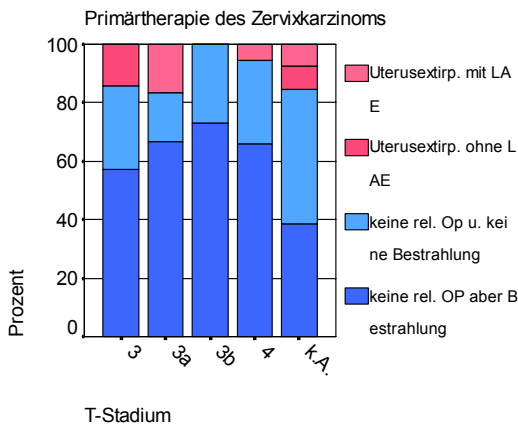


Stadium	Uterusexirpation ohne LAE	Uterusexirpation mit LAE	Keine relev. OP u. keine Bestrahlung	Keine relev. OP aber Bestrahlung
1b	4	24	2	5
1b1	2	36	1	2
1b2	2	11	0	1
2	0	0	3	1
2a	2	6	0	2
2b	1	22	1	13

Abb. 7 Primärtherapie des Zervixkarzinoms der Stadien 1b – 2b

Da die Behandlungsergebnisse einer primären Strahlentherapie (Kombinationstherapie aus Kontakt- und Perkutanbestrahlung) mit denen einer operativen Therapie vergleichbar sind, ist die Strahlentherapie z.B. bei vorliegenden Kontraindikationen zur Operation gleichwertig einsetzbar. Es sollte eine individuelle Therapiefestlegung in Abhängigkeit von vorliegenden Faktoren wie Tumorausdehnung, Alter, Morbidität etc. erfolgen. Prozentuale Verteilung der verschiedenen Therapien im Stad. II – siehe Abbildung 7, im Stadium IIa erfolgten in 80%, im Stadium IIb in 94% entweder die Radikal-OP nach Wertheim-Meigs oder die prim. Bestrahlung.

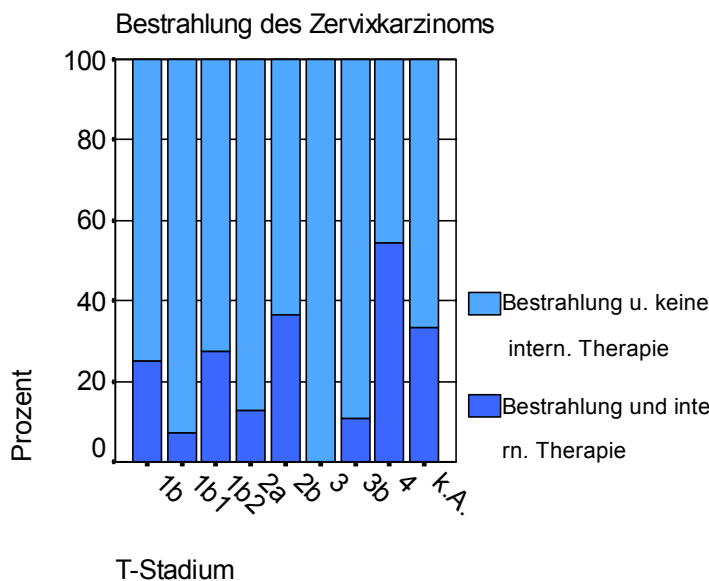
Ab dem Stad. III ist die Strahlentherapie die Therapie der Wahl. In unserer Auswertung (Abb. 8) wurde sie in 68% (Stadium III) bzw. in 66% (Stad. IV) registriert.



Stadium	Keine rel. Op u. keine Bestrahlung	Keine rel. OP aber Bestrahlung	Uterusexstirp. ohne LAE	Uterusexstirp. mit LAE
3	2	4	1	0
3a	1	4	0	1
3b	7	19	0	0
4	10	23	0	2
k.A.	6	5	1	1

Abb. 8 Primärtherapie des Zervixkarzinoms der Stadien 3 - 4

Neuere Ergebnisse belegen eine deutliche Verbesserung der Heilungsergebnisse, wenn die Strahlentherapie mit einer Cisplatin-haltigen Chemotherapie kombiniert wird. In unserer Auswertung (Abb. 9) erfolgten im Gesamtzeitraum 28% aller primären Strahlentherapien als Radiochemotherapien. Auf Grund der oftmaligen Durchführung der Strahlentherapie außerhalb des Einzugsbereiches ist hier der Anteil sicherlich höher.



Stadium	Bestrahlung u. keine intern. Therapie	Bestrahlung und intern. Therapie
1a	1	0
1a1	1	0
1a2	1	0
1b	12	4
1b1	13	1
1b2	8	3
2	1	0
2a	7	1
2b	19	11
3	5	0
3a	0	4
3b	17	2
4	11	13
k.A.	4	2

Abb. 9 Kombinierte Radio-Chemo-Therapie des Zervixkarzinoms

Zusammenfassung

Auch wenn man von einer nicht vollzähligen Erfassung aller Zervixkarzinome ausgehen muss, findet sich doch eine repräsentative Stadienzusammensetzung, und insgesamt kann man eine weitgehende Umsetzung der Therapieleitlinien (in den Stadien I und II in über 80% der Fälle) konstatieren. Eine 100%ige Umsetzung der Leitlinien ist bedingt durch individuell verschiedene Gegebenheiten nicht zu erwarten, so auch in unserem größeren, inhomogenen Patientenkollektiv. Einzelfallanalysen können in vielen Fällen eine „Untertherapie“ auf Grund von Alter, Multimorbidität etc. oder „Übertherapie“ (Stadium Ia1 z.B. bei hohem Sicherheitsbedürfnis) erklären.

Im Sommer 2002 stellten wir für die Klinik für Gynäkologie des HBK zahlenmäßig die Therapieformen für die im Zeitraum 1998-2001 an einem invasiven Cervix-Ca erkrankten Patientinnen an Hand unseres klinischen Registers zusammen (Abb. 10). Für dieses kleinere Patientenkollektiv (101 Fälle) sind die Ergebnisse bezüglich einer leitliniengerechten Therapie vergleichbar gut bzw. noch optimaler. Therapieinkonsistenzen wurden jedoch nachrecherchiert und zum Teil ergänzt.

Stadium	Hysterektomie	OP n. Wertheim/Meigs	prim. Strahlentherapie
Ia	40%	60%	
Ia1	78%	22%	
Ia2	10%	90%	
Ib		100%	
II			100%
IIa		100%	
IIb	12%	75%	
III			64%
IV			100%

Abb. 10 Therapie des Zervixkarzinoms in einem ausgewählten Patientenkollektiv

Auswertung zum Mammakarzinom 1998-2001 bezüglich Qualitätsindikatoren

Fallzahlen

Im Beobachtungszeitraum wurden 2020 Karzinome registriert. Die Abb.11 zeigt, dass damit die Erfassungszahlen die Zahlen des Epidemiologischen Registers (GKR) für Sachsen übersteigen. Das GKR weist eine Vollständigkeit von >95 % aus [3]. Erfassungsdefizite sind jedoch noch 1998 zum Teil vorhanden. Geringe Zahlen für das Chemnitzer-Land ergeben sich aus der geografischen Lage zu einem benachbarten Tumorzentrum.

Bei den 81 in-situ Fällen zeigt sich primär ein differenzierteres Bild der Registrierung. Dies ist sicherlich ein statistisches Problem der kleinen Zahlen und evtl. auch ein Erfassungsdefizit im niedergelassenen Bereich.

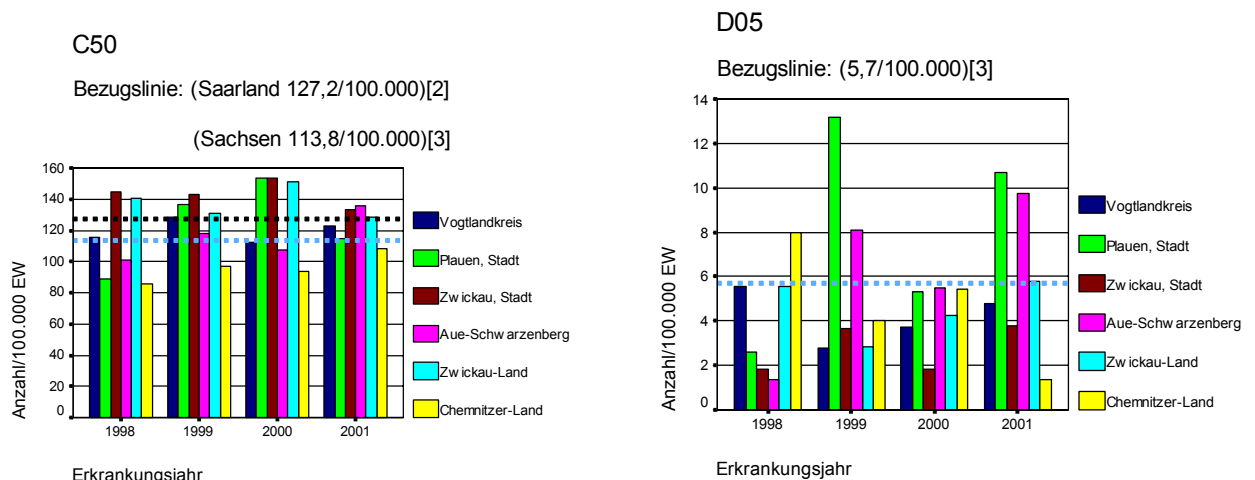


Abb. 11 Erfassungszahlen des Mammakarzinoms

Vergleichbarkeit und Wertung der Ergebnisse der Auswertung nach Qualitätsindikatoren

Die Daten für die Auswertung sind aus dem normalen Routineprozess der Datenspeicherung des GTDS (Giessener Tumordokumentationssystem) entnommen und sind nur Standardprüfungen auf Plausibilität unterzogen worden. D.h. es sind z.B. keine retrospektiven Validierungen bzgl. stadienbezogener Therapieinkonsistenzen vorgenommen worden. Für die Therapieauswertungen sind alle Patienten integriert, unabhängig von der Beobachtungszeit. Die Therapien beziehen sich auf die Primärtherapie, die entweder im System als solche gekennzeichnet wurde, ansonsten innerhalb eines Jahres ab Diagnosedatum erfolgte, soweit kein Rezidiv auftrat.

Die Daten unseres Registers messen wir an Qualitätsindikatoren für die Früherkennung, für die Dokumentation und für die Therapie.

Qualitätsindikatoren Früherkennung

Die Bedeutung der Früherkennung des Brustkrebs, der mit Abstand häufigsten Krebserkrankung der Frau, steht außer Zweifel. Durch effektive Früherkennungsmaßnahmen (Stichwort Mammographie-Screening) sollte das Mamma-Ca also in potentiell heilbaren Vor- (Ca in situ) oder Frühstadien (pT1a, pT1b), spätestens im Stadium pT1c und möglichst im Zustand der Nodalnegativität diagnostiziert werden.

Den vorgegebenen Qualitätsindikatoren entsprechen folgende prozentuale Anteile dieser Stadien bei Diagnosestellung:

- Ca in situ \geq 10%
- T1a \geq 10%
- T1b \geq 20%
- T1c \geq 65%
- N0 \geq 75%

Die folgenden Abbildungen stellen die Ergebnisse dar (prozentualer Gesamtanteil im jeweiligen Jahr 1998-2001 sowie Darstellung in den 6 südwestsächsischen Regionen).

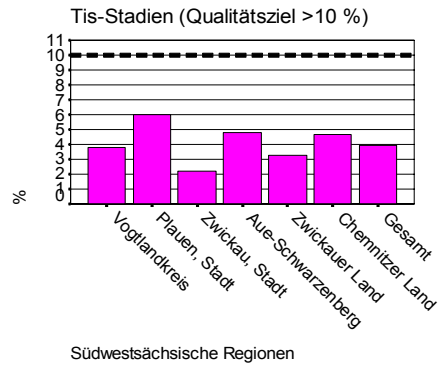
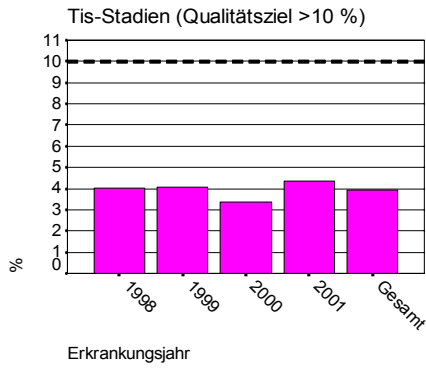


Abb. 12 Anteil der Tis-Stadien beim Mammakarzinom

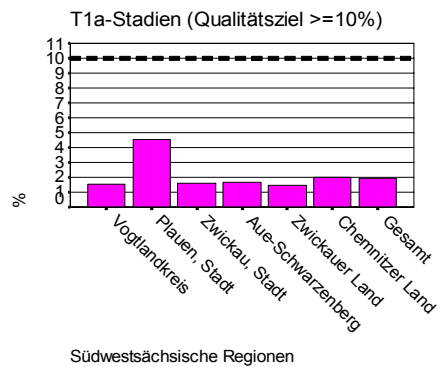
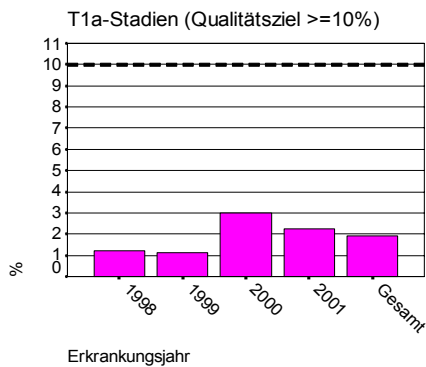


Abb. 13 Anteil der T1a-Stadien beim Mammakarzinom

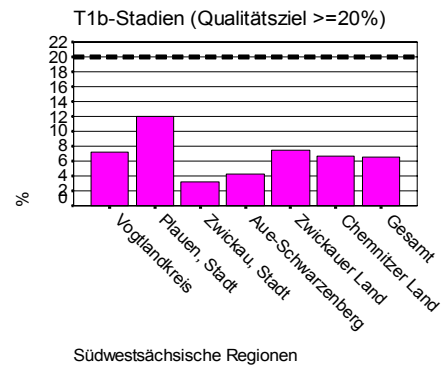
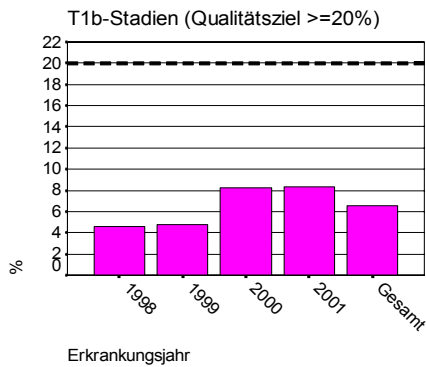


Abb. 14 Anteil der T1b-Stadien beim Mammakarzinom

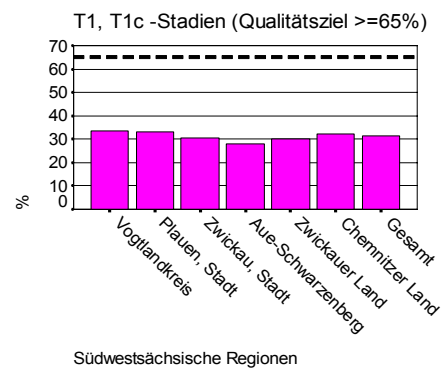
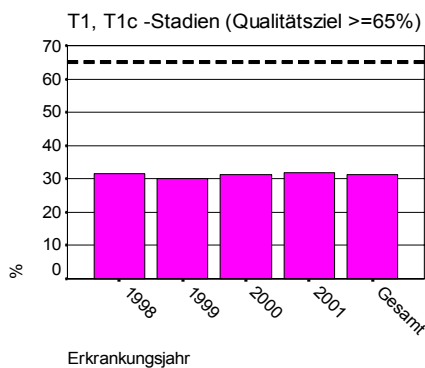


Abb. 15 Anteil der T1, T1c-Stadien beim Mammakarzinom

Das sich die Zahlen nicht mit den Qualitätsindikatoren messen lassen ist zu erwarten. Im Beobachtungszeitraum, in dem die Forderung nach Früherkennung nicht den aktuellen Stellenwert besaß, stützte sich die Diagnostik des Mammakarzinoms auf die klinische Untersuchung mit anschließender symptombezogene Mammographie, anteilig sicher auch auf sogenannte graue Mammographien.

Auf Grund der hohen Vollzähligkeit im klinischen Register können die Zahlen aber sehr gut den IST-Zustand repräsentieren und als Vergleichswert für entsprechende Zahlen nach Einführung des Mammographie-Screenings fungieren.

Folgende Fakten sind bei der Durchschau unserer Ergebnisse bemerkenswert. In einer Region unseres Tumorzentrums ist der Anteil an Ca in situ sowie der Frühstadien T1a und T1b überdurchschnittlich hoch und auch der N0-Anteil am höchsten (Abb. 11 bis Abb. 16). Wenn man die Zeiträume 1998/99 und 2000/01 miteinander vergleicht, findet man im letztgenannten fast eine Verdoppelung der prozentualen Anteile bei den Frühstadien T1a und T1b. Eine Erhöhung des N0-Anteils im Zeitraum 2000/01 ist wiederum die logische Folge. Beim Stadium T1c, welches auch die undifferenziert dokumentierte T1-Stadien enthält, sind die Veränderungen höchstens sehr geringfügig.

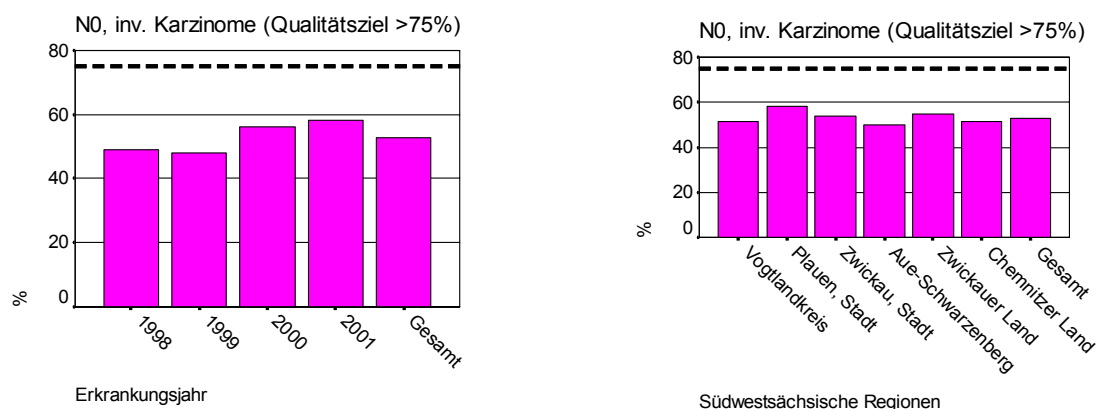


Abb. 16 Anteile der nodalnegativen invasiven Karzinome

Qualitätsindikatoren Dokumentation

Eine subtile Dokumentation aller Fakten bezüglich des Tumors und natürlich auch der Therapie im klinischen Register ist die unbedingte Voraussetzung, um Aussagen zur Qualität in Diagnostik und Therapie überhaupt machen zu können.

Der Anteil dokumentierter T- und N-Stadien soll >90% betragen.

Die Abbildungen zeigen sehr gut dokumentierte T-Stadien (Abb. 17) und eine noch leicht verbesserungswürdige Dokumentation der N-Stadien (Abb. 18).

Weitere anzustuernde Dokumentationsziele wie der dokumentierte Hormonrezeptorstatus (in 95%) und die R-Klassifikation können in späteren Auswertungen realisiert werden. Seit 2001 wird z.B. der Hormonrezeptorstatus, soweit vorhanden, konsequent dokumentiert, um Rückschlüsse zur entsprechenden adjuvanten Therapie zu ermöglichen.

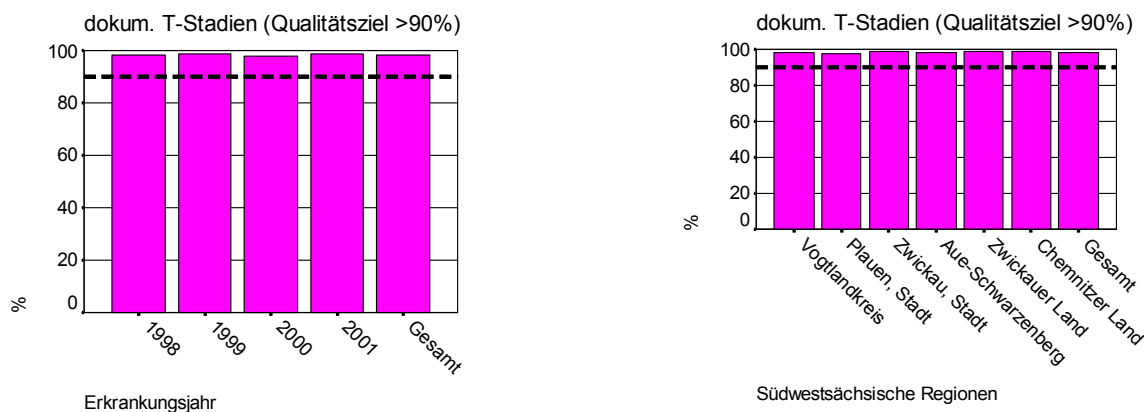


Abb. 17 Anteil der dokumentierten T-Stadien beim Mammakarzinom

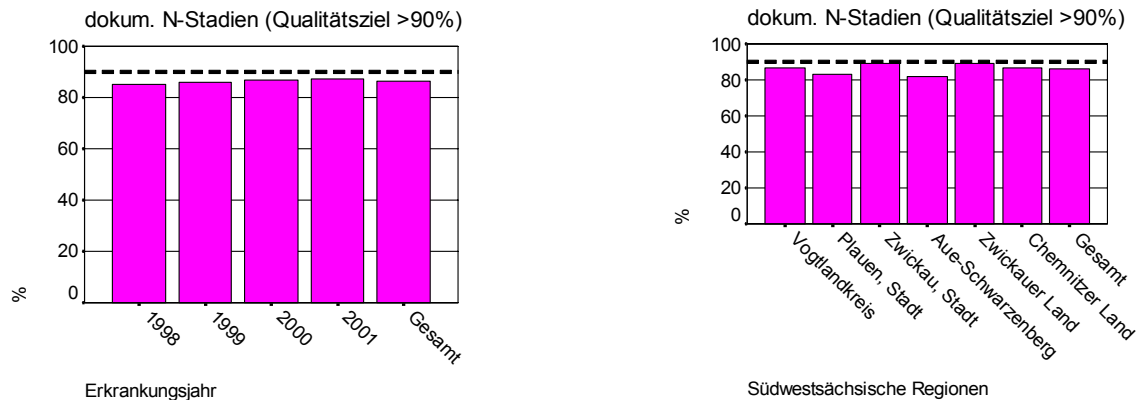


Abb. 18 Anteil der dokumentierten N-Stadien beim Mammakarzinom

Qualitätsindikatoren Therapie

Für die Therapie des Mammakarzinoms stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung: zur lokoregionären kurativen Therapie verschiedene operative Therapieverfahren und die Strahlentherapie, zur etablierten adjuvanten Therapie Hormon- und Chemotherapien.

Die Operation beinhaltet im Normalfall die brusterhaltende oder nichtbrusterhaltende Tumorentfernung und beim invasiven Karzinom die Axilladisektion

Internationale Untersuchungen gehen davon aus, dass hinsichtlich des Überlebens keine Unterschiede zwischen brusterhaltender und nichtbrusterhaltender operativer Therapie bestehen. Voraussetzung hierfür ist neben der korrekten Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie (in erster Linie in Abhängigkeit von der Tumorausdehnung) die Komplettierung der Operation durch eine postoperative Radiatio der Restbrust.

Eine adjuvante Therapie ergänzt das Therapiekonzept in der Mehrzahl der Fälle. Nodalpositivität sollte von gerechtfertigten Ausnahmen abgesehen im Allgemeinen eine Indikation zur adjuvanten Chemotherapie (ggf. außer in der Postmenopause bei Hormonrezeptorpositivität - alleinige Hormontherapie) darstellen. Unabhängig vom Nodalstatus ist bei Hormonrezeptorpositivität eine adjuvante Hormontherapie anzustreben. Individuelle Gegebenheiten und Prognosefaktoren bestimmen aber das Therapiekonzept im Einzelfall.

An Hand der folgenden Qualitätsindikatoren (prozentualer Anteil) spiegelt sich das Gesagte wieder.

- Axilladisektion bei in situ Karzinomen 0%
- Axilladisektion bei invasiven Karzinomen 95%
- Brusterhaltende Therapie 60%
- Brusterhaltende Therapie mit Bestrahlung 95%
- Adjuvante Therapie bei invasiven Karzinomen >90%

Die folgenden Abbildungen stellen wiederum die Ergebnisse dar (prozentualer Gesamtanteil im jeweiligen Jahr 1998-2001 sowie Darstellung in den 6 südwestsächsischen Regionen).

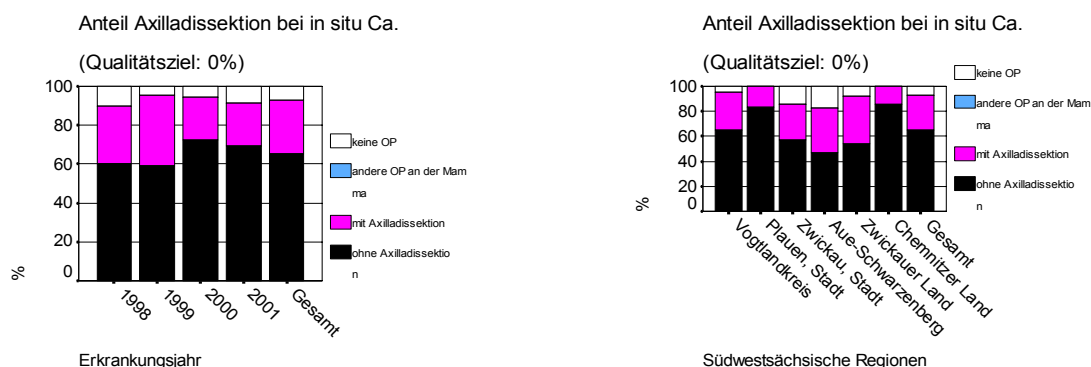


Abb. 19 Axilladisektionen beim Carcinoma in situ

Die durchgeführten Axilladissektionen beim Ca in situ (Abb. 19) stellen auf Grund der niedrigen Fallzahlen sicher erklärable Einzelfälle dar. Beim invasiven Mammakarzinom (Abb. 20) finden wir hier ein Defizit von 10-15%.

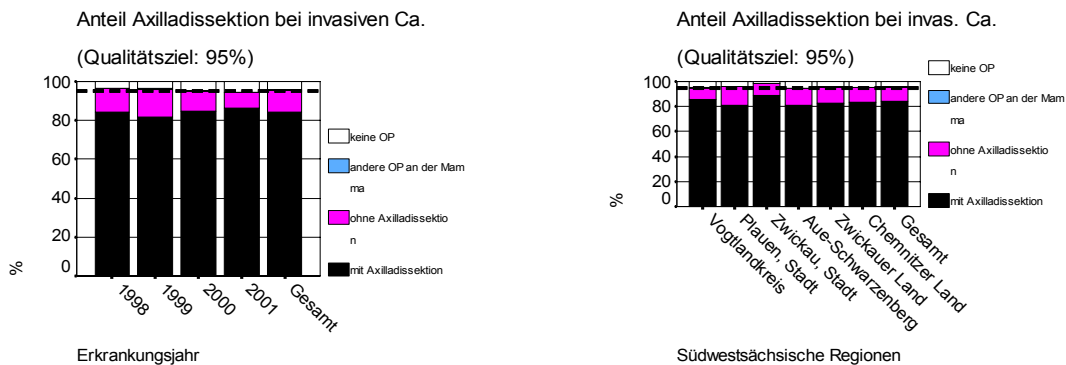


Abb. 20 Axilladissektionen beim invasiven Mammakarzinom

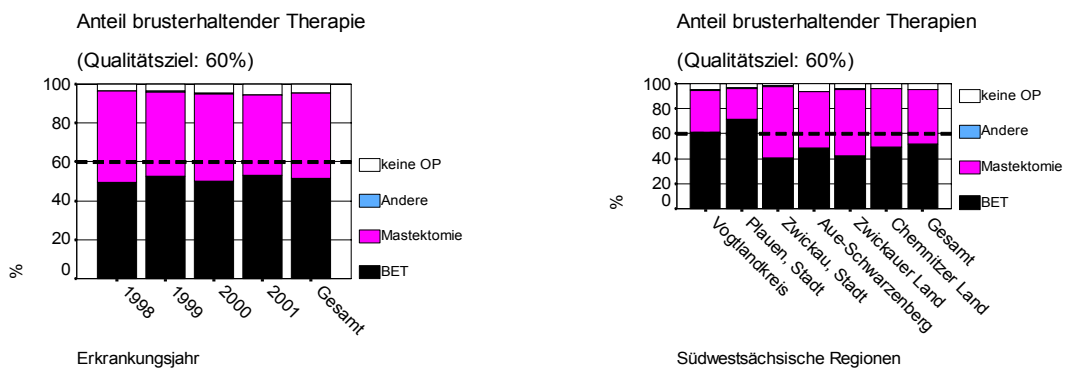


Abb. 21 Brusterhaltende Therapie beim Mammakarzinom

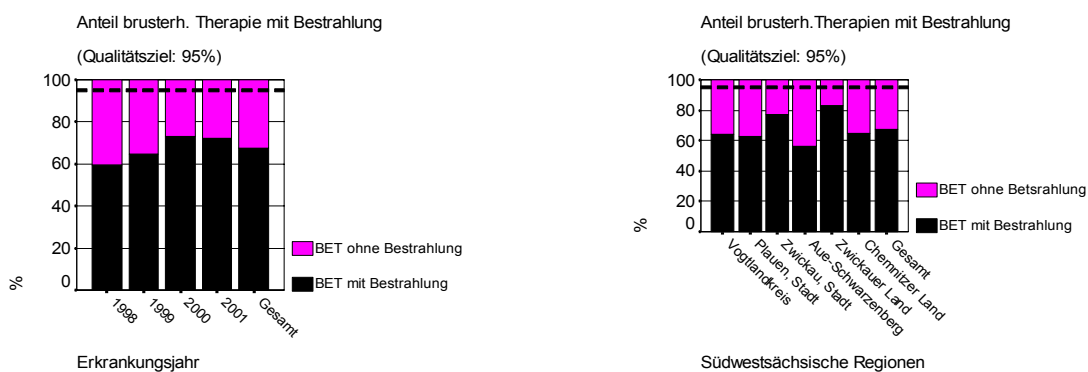


Abb. 22 Bestrahlung nach brusterhaltender Therapie

Der Anteil der brusterhaltenden Therapie (stadienunabhängig) zeigt im zeitlichen Verlauf einen leichten Aufwärtstrend, dabei wird das Qualitätsziel von 60% in zwei Regionen schon erreicht (Abb. 21). Der bei der Komplettierung der brusterhaltenden Therapie verzeichnete prozentuale Anstieg der Bestrahlung (Abb. 22) ist hauptsächlich auf Dokumentationsverbesserungen zurückzuführen, restliche Erfassungsdefizite sind noch zum Teil für die ungünstigen Zahlen verantwortlich.

Mastektomie mit Bestrahlung (Abb. 23) ist ein kaum zu definierendes Qualitätsziel, da hier die individuelle Therapiefestlegung vor allem bei höheren Tumorstadien (T3 und T4) und bei Nodalpositivität im Vordergrund steht.

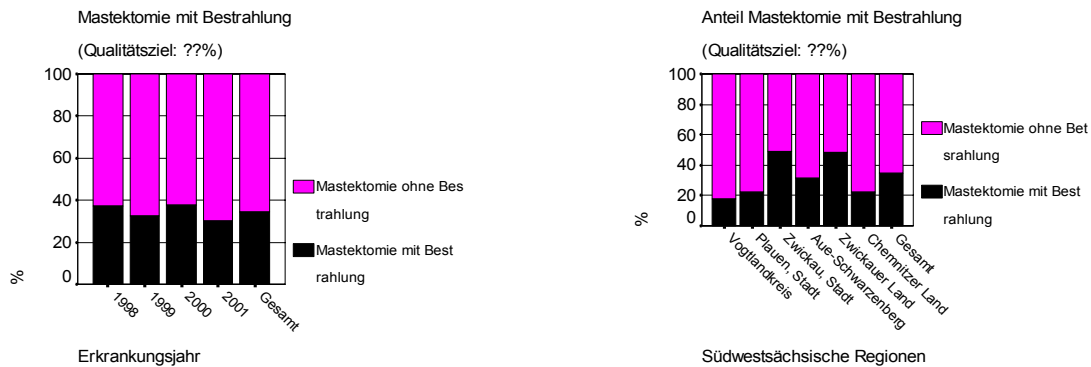


Abb. 23 Bestrahlung nach Mastektomie

Durchführung und Art einer adjuvanten Therapie richtet sich individuell nach vorhandenen Kriterien wie T-Stadium, Nodalstatus, Hormonrezeptorstatus, Alter; Morbidität und Menopausenstatus der Patientin, neue Prognosekriterien wie z. B. der Her-2-Status. Bei der derzeitigen noch ungenügenden Diagnostik des Mammakarzinoms in Vor- und Frühstadien dürfte wie im Qualitätsindikator vorgegeben für >90% der Patientinnen eine adjuvante Therapie in Frage kommen. Dass bei der undifferenzierten Angabe einer adjuvanten Therapie (Abb. 24) das vorgegebene Qualitätsziel nicht erreicht wird, beruht zum größten Teil auf Erfassungsdefiziten.

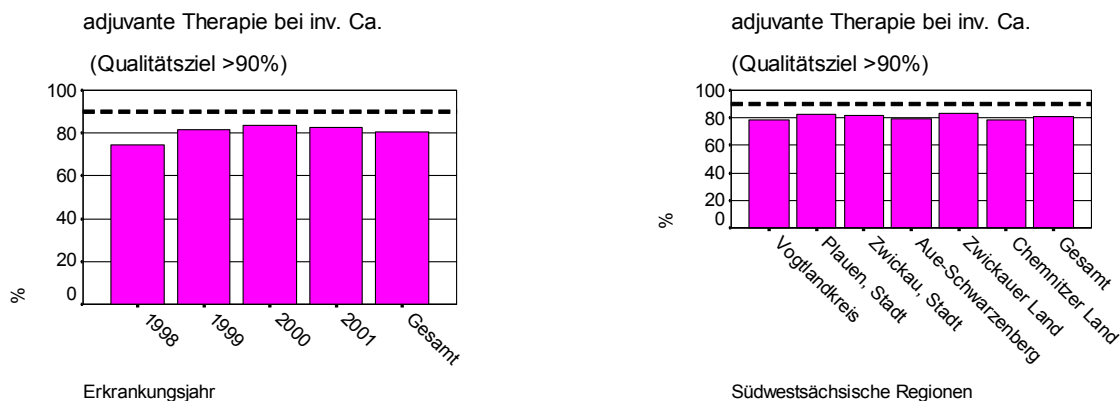


Abb. 24 adjuvante (Chemo/Hormon) Therapie des invasiven Mammakarzinoms

Zusammenfassung

Es zeigt sich, dass in einem funktionierenden und vollständigen Klinischen Krebsregister aussagefähige und vergleichbare Ergebnisse erbracht werden können. Dies ist umso bedeutender, da bekanntlich im Routineprozess gewonnene Daten nicht immer die Quantität und Qualität definierter Studien erreichen.

Auswertungen des Klinischen Krebsregisters haben jedoch den wesentlichen Vorteil, dass sie stets den aktuellen Zustand repräsentieren. Damit können sie sowohl den medizinischen Behandlungsprozess als auch die Dokumentation positiv beeinflussen.

Literatur

- [1] Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (Hrsg.)
Kurzgefasste Interdisziplinäre Leitlinien 2002; Zuckschwerdt-Verlag, 2002,
ISBN 3-88603-776-2
- [2] Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland (Hrsg.)
Krebs in Deutschland: 3. erweiterte, aktualisierte Ausgabe Saarbrücken, 2002;
ISBN 3-88718-153-0
- [3] Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-
Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen (Hrsg.)
Krebsinzidenz 1999; Schriftenreihe des GKR Nr. 1/2002
- [4] Tumorzentrum Land Brandenburg e.V.
Sachbericht Onkologie 2001
- [5] J. Dudeck, G. Wagner, E. Grundmann, P. Hermanek (Hrsg.)
Basisdokumentation für Tumorkranke; 5. Auflage; Zuckschwerdt-Verlag 1999,
ISBN 3-88603-678-2
- [6] Südwestsächsisches Tumorzentrum Zwickau e.V.
Sachbericht 1995-2000
- [7] Tumorzentrum Chemnitz e.V.
Sachbericht 1995-2001
- [8] Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (Hrsg.)
Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms der Frau (Eine nationale S3-Leitlinie)
Fassung Februar 2003