

Krebsregister NRW: Daten sammeln wozu?

Nach dem 2013 in Kraft getretenen Krebs-Früherkennungs- und Registergesetz des Bundes (KFRG) sind die Länder verpflichtet worden, klinische und epidemiologische Krebsregister auf Landesebene einzurichten.

Klinische Krebsregister werden eingerichtet, um den Nutzen organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme für die Versorgung zu evaluieren. Sie haben die Aufgabe, damit die Haupteinflussfaktoren des Behandlungserfolgs zu analysieren.

Derzeit ist noch allein das Mammographie-Screeningprogramm flächendeckend in Deutschland etabliert. Organisierte Darmkrebs- und Gebärmutterhalskrebs-Screeningprogramme sind nach dem KFRG vorgesehen.

Screeningprogramme liefern eine entscheidende Datenbasis für Krebsregister. Beispielsweise ist der stärkste bekannte Einflussfaktor auf die Prognose bei Brustkrebs das Mammographie-Screening. In dem aktuell zur Beratung vorliegenden Referentenentwurf des Landes NRW ist dies aber unberücksichtigt.

Auch in den Anforderungskriterien der Krankenkassen an die klinischen Krebsregister kommt das Mammographie-Screening bisher nicht vor.

Die bisherigen Vorgaben des GKV-Spitzenverbandes¹ für die Erfassung sind:

Das klinische Krebsregister kann die Vollständigkeit folgender Angaben zur Person, Diagnose und Morphologie für alle zutreffenden Registerfälle nachweisen:

Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse: >=95%
Angaben zum Versicherungsträger: >=95%
Meldende Institution: >=95%
Tumordiagnose (ICD-10): >=95%
Hauptlokalisation (ICD-O): >=95%
Diagnosedatum: >=95%
Tumorhistologie (Morphologie ICD-O): >=95%
TNM-Klassifikation: >=80%
Grading: >=80%
Angabe der Residualklassifikation: >=95%

Die bisherigen Vorgaben für die Auswertungen sind:

Analyse der Behandlungsfälle im Einzugsgebiet:

- nach Diagnosejahr und nach Geschlecht für festgelegten Zeitraum und für Einzugsgebiet
- nach Altersgruppen und Geschlecht
- histologische Häufigkeitsverteilung
- Grading oder andere tumorspezifisch übliche Malignitätskriterien (z.B. Gleason oder % Blasten)
- TNM-Kategorien oder UICC-Stadien oder Tumordicke oder tumorspezifisch übliche Stadienklassifikation (z.B. Ann Arbor)
- primäre Metastasierung und Metastasenlokalisation
- tumorspezifische Therapie
- Überlebenskurven: Gesamtüberleben (OS), relatives Überleben (RS), progressionsfreies Überleben (PFS) oder Disease Free Survival, Zeit bis Progression (TTP, z.B. Zeit bis Rezidiv), Überleben ab Progression (PPS)

Kriterium 4.02: Analysen der Haupteinflussfaktoren des Behandlungserfolgs FK-ID

Definition

Das klinische Krebsregister ist in der Lage, Analysen zu den möglichen Haupteinflussfaktoren des Behandlungserfolgs, z. B.: Vergleichsanalysen verschiedener Versorgungsansätze, selbst oder in Kooperation durchzuführen und die Ergebnisse zur Verfügung zu stellen.

¹ https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/2013-12-20-Foerderkriterien_des_GKV-SV_fuer_klinische_Krebsregister_gem_KFRG_Kriterienkatalog.pdf

Die wichtigste Aufgabe der klinischen Krebsregister, die Auswirkungen organisierter Screeningprogramme auf die Versorgung auszuwerten, findet keine Berücksichti-

gung bei den Analysen der Haupteinflussfaktoren des Behandlungserfolges. Die hierfür notwendigen (Screening-)Daten fehlen für Erkenntnisse aus dem Krebsregister.

Was zeigt das Beispiel Brustkrebs? Wenn die Krebserkrankung, mit der ein Anfang für flächendeckende kontrollierte Qualitätsprogramme in Deutschland gemacht wurde, bei Klinischen Krebsregister ignoriert wird, wirft das Fragen nach Ziel und Zweck des Krebsregisters auf.

Es wird laut Referentenentwurf erfasst, wann die Diagnose gestellt wurde (Datum), nicht aber ob die Diagnose im organisierten Screeningprogramm, oder mit konventioneller Diagnostik gestellt wurde.

Für die Erkenntnisse aus dem Brustkrebscreening für die Versorgung fehlen im Referentenentwurf: histopathologisch gesicherte Diagnosen: Tumorgröße in mm (pT, mm), Lymphknotenbefall (pN, Anzahl betroffener/untersuchten Lymphknoten, Fernmetastasierung (pM), Rezeptorstatus, operative Behandlung (brusterhaltende Therapie/Ablatio), Wächter-Lymphknotenentnahme (SNB)/Axilla-Dissektion, adjuvante Chemotherapie, Hormontherapie.

Wie die beigelegten Analysen des seit 1979 im regionalen Krebsregister des Tumorzentrums Aachen belegen, sind die Auswirkungen des Screenings auf die Versorgung schon wenige Jahre nach Einführung des Programms sichtbar. Frauen, deren Brustkrebs im organisierten Mammographie-Screeningprogramm entdeckt wurde, haben deutlich weniger Brustamputationen, weniger Lymphknotenbefall und wesentlich seltener eine Nachbehandlung mit Chemotherapie zu ertragen als Frauen, deren Tumor mittels konventioneller Diagnostik gefunden wurde. Dies gilt auch dann, wenn man nur die Altersgruppe 50-70 Jahre und nur invasive Karzinome betrachtet - ohne Brustkrebs-Vorstufen (DCIS), die im Screening öfter entdeckt werden als in der konventionellen Diagnostik.

Eine Datensammlung zu Krebs ohne erkennbaren konkreten Zweck und ohne klar definierte Ziele ist nicht im Interesse der betroffenen und nicht-betroffenen Menschen in unserem Land!

Auch damit die Kosten für Klinische Krebsregister gerechtfertigt sind, sollten Vorgaben im Krebsregistergesetz des Landes NRW entsprechend überarbeitet werden und bei den Förderkriterien der Krankenkassen Berücksichtigung finden.


Werner Reiche
1.stellv. Vorsitzender


Rolf-Leonhard Haugrund
2.stellv. Vorsitzender
Tumorzentrum Aachen e.V.


Dr. Angela Spelsberg.
Ärztliche Leiterin


Univ.-Prof. Dr. J.M. Gilsbach
Vorsitzender Förderkreis Tumorzentrum


Helmut Kleinhüchelkotten
Vorsitzender Krebsberatungs-
Stelle und Kontaktstelle für
Selbsthilfegruppen im
Gesundheitswesen e.V.


Helga Ebel
Stiftung Koalition Brustkrebs

21. Informationstagung Tumordokumentation
der klinischen und epidemiologischen Krebsregister
22. - 24. April 2015 in Stuttgart

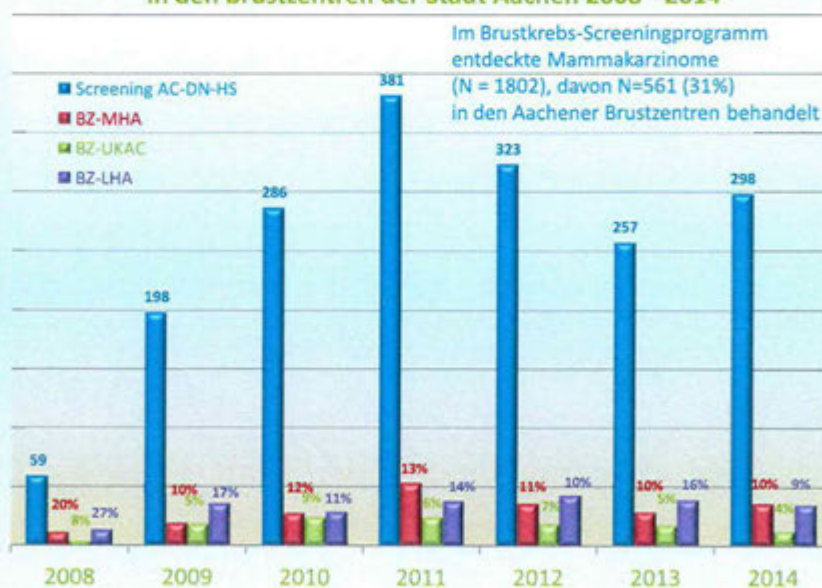
**Auswirkungen des organisierten Mammographie-
Screening-Programms auf die Brustkrebbsversorgung
in der Region Aachen**

A. Spelsberg, K. Ostrowski, T. Witte



© Tumorzentrum Aachen e.V. 2015

Anteil der Patienten aus dem organisierten Mammografie – Screening AC-DN-HS
in den Brustzentren der Stadt Aachen 2008 - 2014



© Tumorzentrum Aachen e.V. 2015

Im Screening und konventionell entdeckte Mammakarzinome, die in den Brustzentren der Stadt Aachen 2008-2014 behandelt wurden

Screening AC-DN-HS 2008-2014 (N=561)

Alter (Jahre)	\bar{x} 60,2 (Min 50, Max 70)
Tumor Grading (%)	
G1	16
G2	57
G3	27
Hormonrezeptorstatus (%)	
ER+	88
Pr+	82
Herzeptin-Rezeptor (%)	
Positiv	8

Konventionelle Diagnose (N=2641)

Alter (Jahre)	\bar{x} 60,8 (Min 23, Max 95)
Tumor Grading (%)	
G1	9
G2	60
G3	31
Hormonrezeptorstatus (%)	
ER+	81
Pr+	75
Herzeptin-Rezeptor (%)	
Positiv	12



© Tumorzentrum Aachen e.V. 2015

Im Screening und konventionell entdeckte Mammakarzinome, die in den Brustzentren der Stadt Aachen 2008-2014 behandelt wurden nur Altersgruppe 50 – 70 Jahre

Screening AC-DN-HS 2008-2014 (N=561)

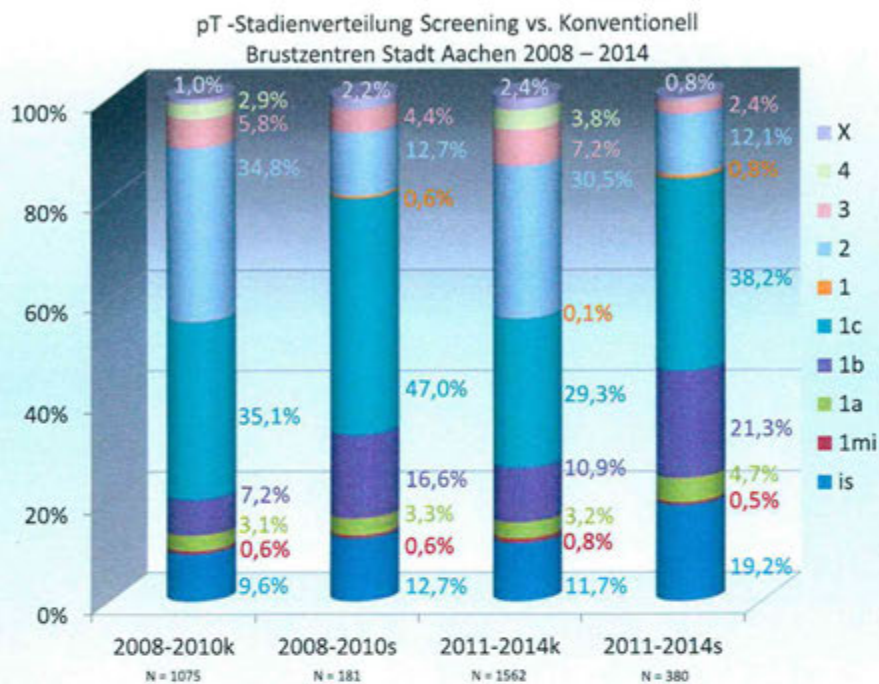
Alter (Jahre)	\bar{x} 60,2 (Min 50, Max 70)
Tumor Grading (%)	
G1	16
G2	57
G3	27
Hormonrezeptorstatus (%)	
ER+	88
Pr+	82
Herzeptin-Rezeptor (%)	
Positiv	8

Konventionelle Diagnose (N=1202)

Alter (Jahre)	\bar{x} 60,8 (Min 50, Max 70)
Tumor Grading (%)	
G1	10
G2	60
G3	30
Hormonrezeptorstatus (%)	
ER+	88
Pr+	75
Herzeptin-Rezeptor (%)	
Positiv	12

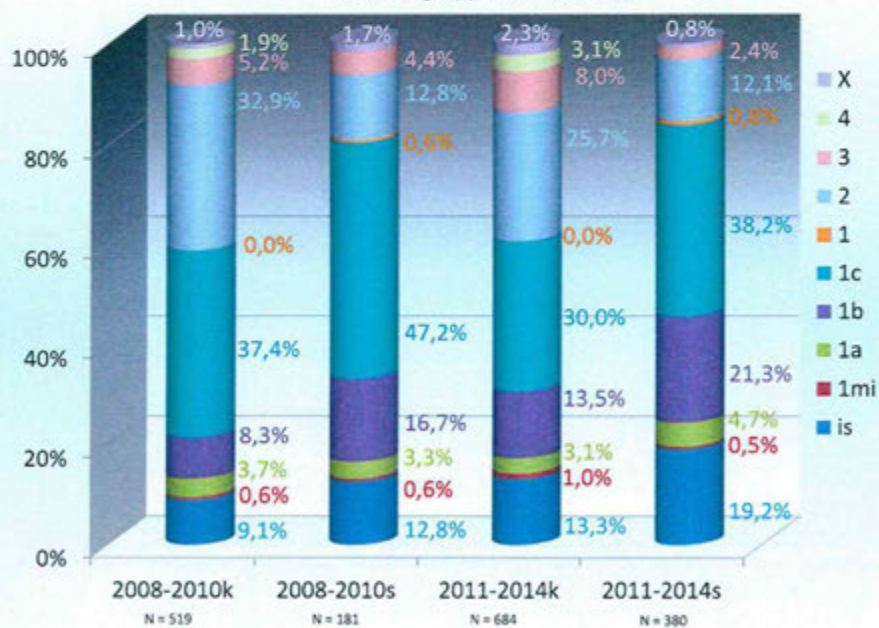


© Tumorzentrum Aachen e.V. 2015



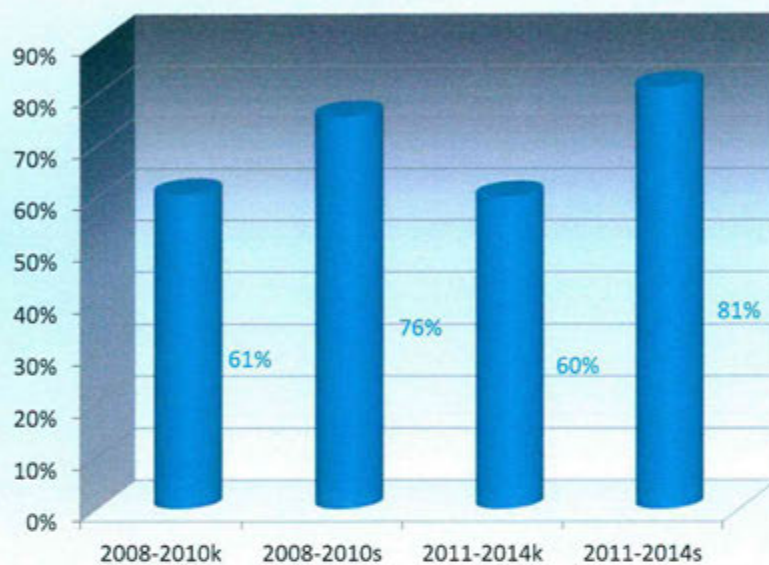
© Tumorzentrum Aachen e.V. 2015

pT -Stadienverteilung Screening vs. Konventionell Brustzentren Stadt Aachen 2008 – 2014 nur Altersgruppe 50 – 70 Jahre



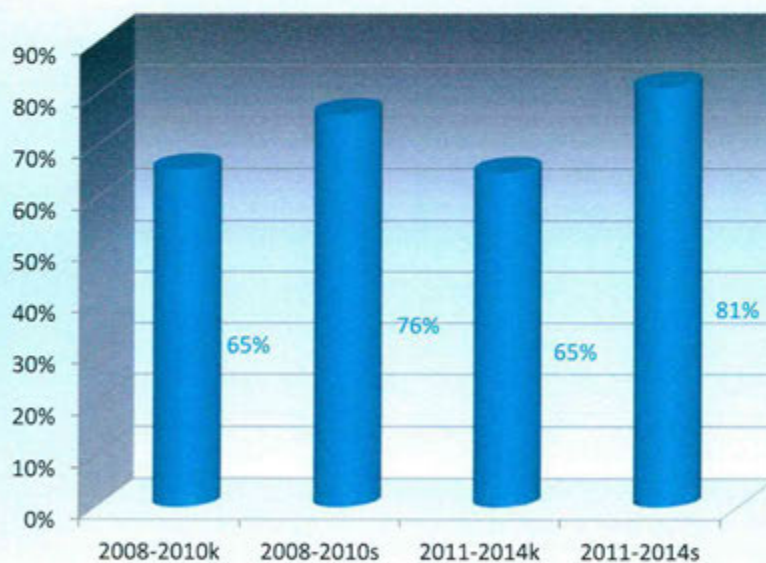
© Tumorzentrum Aachen e.V. 2015

Anteil Brusterhaltende Therapie Screening vs. Konventionelle Diagnostik Brustzentren Stadt Aachen 2008 – 2014



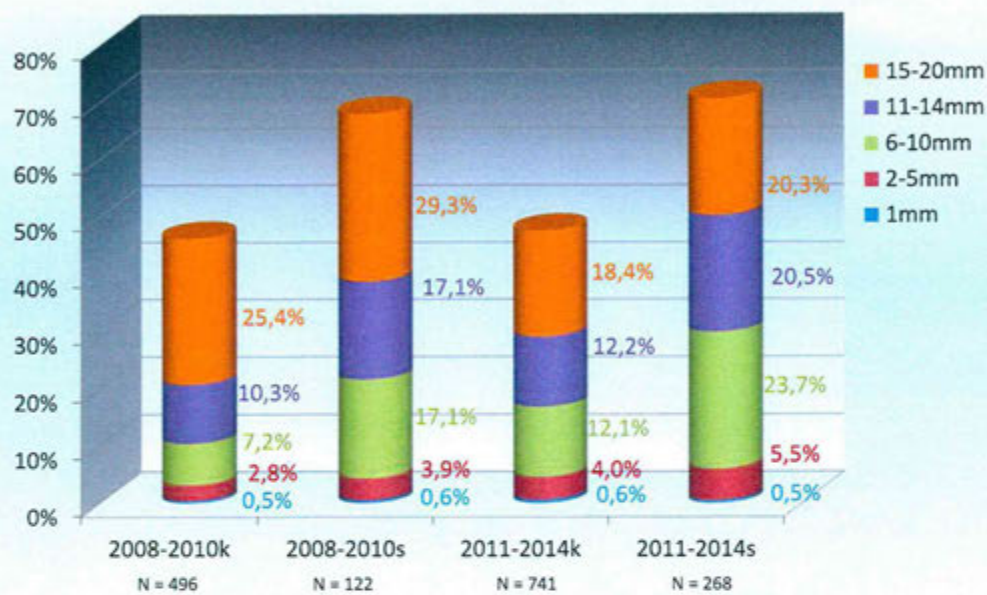
© Tumorzentrum Aachen e.V. 2015

Anteil Brusterhaltende Therapie Screening vs. Konventionelle Diagnostik Brustzentren Stadt Aachen 2008 – 2014, nur Altersgruppe 50 – 70 Jahre



© Tumorzentrum Aachen e.V. 2015

Brustkrebs-Screening vs. konventionelle Diagnostik, Brustzentren Stadt Aachen 2008 – 2014
 Tumorgrößen in mm, Anteil pT1mic, pT1a, pT1b, pT1c(<15mm), PT1c (≥ 15mm)



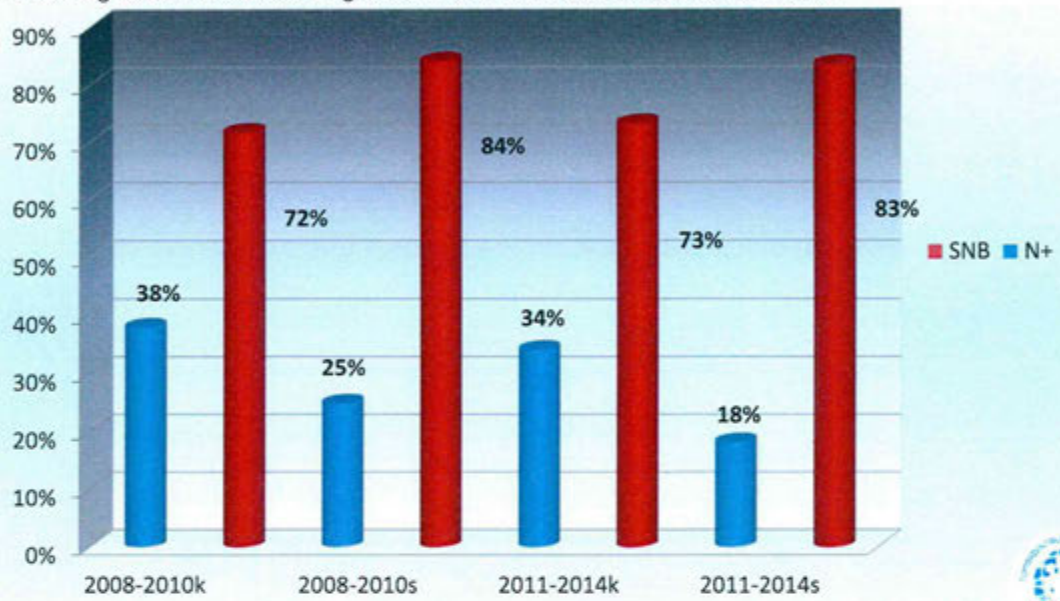
© Tumorzentrum Aachen e.V. 2015

Brustkrebs-Screening vs. konventionelle Diagnostik, Brustzentren Stadt Aachen 2008 – 2014
 Tumorgrößen in mm, Anteil pT1mic, pT1a, pT1b, pT1c(<15mm), PT1c (≥ 15mm), nur Altersgruppe 50 – 70 Jahre



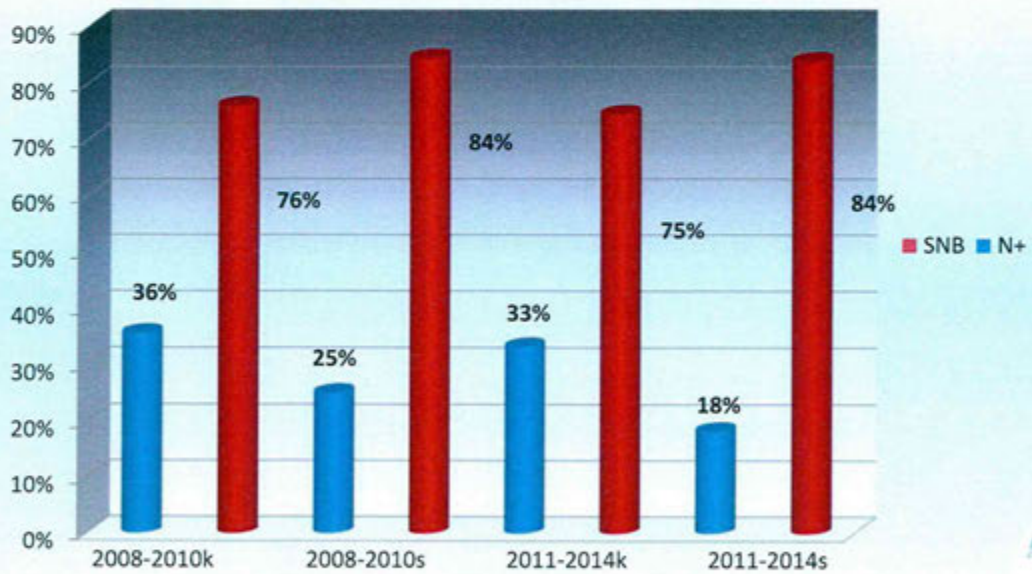
© Tumorzentrum Aachen e.V. 2015

Anteil nodal positive Mammakarzinome (N+) und Sentinel Node Biopsie (SNB)
Screening vs. Konventionelle Diagnostik Brustzentren Stadt Aachen 2008 – 2014



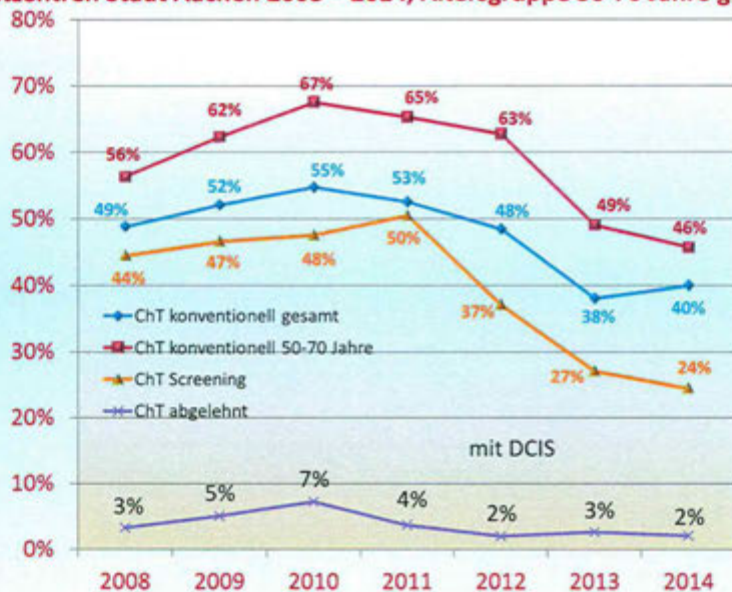
© Tumorzentrum Aachen e.V. 2015

Anteil nodal positive Mammakarzinome (N+) und Sentinel Node Biopsie (SNB)
Screening vs. Konventionelle Diagnostik Brustzentren Stadt Aachen 2008 – 2014, nur Altersgruppe 50 – 70 Jahre



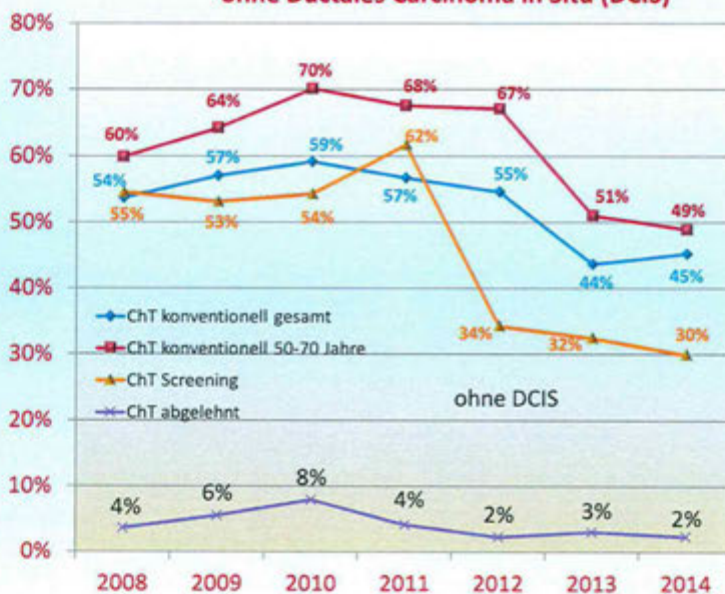
© Tumorzentrum Aachen e.V. 2015

Anteil adjuvante Chemotherapie bei im Screening vs. Konventionell diagnostizierter Mammakarzinome Brustzentren Stadt Aachen 2008 – 2014, Altersgruppe 50-70 Jahre getrennt dargestellt



© Tumorzentrum Aachen e.V. 2015

Anteil adjuvante Chemotherapie bei im Screening vs. Konventionell diagnostizierter Mammakarzinome Brustzentren Stadt Aachen 2008 – 2014, Altersgruppe 50-70 Jahre getrennt dargestellt ohne Ductales Carcinoma in Situ (DCIS)



© Tumorzentrum Aachen e.V. 2015

Nationale Evaluation des Brustkrebs-Screenings in den Niederlanden (2014)

National Evaluation Team for Breast cancer screening (NETB)
Landelijk Evaluatie Team voor bevolkingsonderzoek naar Borstkanker (LETB)

J. Fracheboud¹, MD
Mrs. P.A. van Luitj, MSc Medicine¹
Mrs. V.D.V. Sankatsing, MSc Public Health¹
Mrs. T.M. Ripping, MSc Nutrition and Health²
Mrs.dr. M.J.M. Broeders²
Dr. J.D.M. Otten²
Mr. B.M. van Ineveld, MSc Economics³
Mrs.dr. E.A.M. Heijnsdijk¹
Prof.dr. A.L.M. Verbeek²
Prof.dr. R. Holland, advisor
Prof.dr. G.J. den Heeten^{4,5}
Mrs. A.E. de Bruijn¹, secretary
Prof.dr. H.J. de Koning¹, chairman
¹ Department of Public Health, Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam
² Department of Health Evidence, Radboud University Medical centre, Nijmegen
³ Institute of Health Policy and Management, Erasmus University Rotterdam
⁴ LRCB dutch reference centre for screening, Nijmegen
⁵ Department of Radiology, AMC, University of Amsterdam, Amsterdam



775 Frauen pro Jahr vor dem Brustkrebstod bewahrt.
Screeningteilnehmerinnen mit Tumoren < 15 mm
haben eine normale Lebenserwartung.

Nationale Evaluation des Brustkrebs-Screenings in den Niederlanden (2014)

National Evaluation Team for Breast cancer screening (NETB)
Landelijk Evaluatie Team voor bevolkingsonderzoek naar Borstkanker (LETB)

J. Fracheboud¹, MD
Mrs. P.A. van Luitj, MSc Medicine¹
Mrs. V.D.V. Sankatsing, MSc Public Health¹
Mrs. T.M. Ripping, MSc Nutrition and Health²
Mrs.dr. M.J.M. Broeders²
Dr. J.D.M. Otten²
Mr. B.M. van Ineveld, MSc Economics³
Mrs.dr. E.A.M. Heijnsdijk¹
Prof.dr. A.L.M. Verbeek²
Prof.dr. R. Holland, advisor
Prof.dr. G.J. den Heeten^{4,5}
Mrs. A.E. de Bruijn¹, secretary
Prof.dr. H.J. de Koning¹, chairman
¹ Department of Public Health, Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam
² Department of Health Evidence, Radboud University Medical centre, Nijmegen
³ Institute of Health Policy and Management, Erasmus University Rotterdam
⁴ LRCB dutch reference centre for screening, Nijmegen
⁵ Department of Radiology, AMC, University of Amsterdam, Amsterdam

Nutzen für die Teilnehmerinnen

775 Frauen pro Jahr vor dem Brustkrebstod bewahrt.

Screeningteilnehmerinnen mit Tumoren < 15 mm haben eine normale Lebenserwartung.

Nationale Evaluation des Brustkrebs-Screenings in den Niederlanden (2014)

National Evaluation Team for Breast cancer screening (NETB)
Landelijk Evaluatie Team voor bevolkingsonderzoek naar Borstkanker (LETB)

J. Fracheboud¹, MD
Mrs. P.A. van Luitj, MSc Medicine¹
Mrs. V.D.V. Sankatsing, MSc Public Health¹
Mrs. T.M. Ripping, MSc Nutrition and Health²
Mrs.dr. M.J.M. Broeders²
Dr. J.D.M. Otten²
Mr. B.M. van Ineveld, MSc Economics³
Mrs.dr. E.A.M. Heijnsdijk¹
Prof.dr. A.L.M. Verbeek²
Prof.dr. R. Holland, advisor
Prof.dr. G.J. den Heeten^{4,5}
Mrs. A.E. de Bruijn¹, secretary
Prof.dr. H.J. de Koning¹, chairman
¹ Department of Public Health, Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam
² Department of Health Evidence, Radboud University Medical centre, Nijmegen
³ Institute of Health Policy and Management, Erasmus University Rotterdam
⁴ LRCB dutch reference centre for screening, Nijmegen
⁵ Department of Radiology, AMC, University of Amsterdam, Amsterdam

Potentielle Nachteile für Screening-Teilnehmerinnen

Überdiagnosen pro Jahr: 2,8 % aller Brustkrebsdiagnosen, 10% der Screening-Diagnosen

Falsch-Positive Mammographie-Befunde: 1,3 %

Abklärung (Biopsierate): 0,9%

Intervallkarzinome: 0,2%