

## **23. Informationstagung**

# **Tumordokumentation und Krebsregistrierung**

24. - 26. September 2019 in Erfurt

Krebsregister für  
Qualitätsverbesserung und  
Versorgungsforschung

**Programmheft**





# INHALTSVERZEICHNIS

<b>Vorwort</b>	3
<b>Multi-Kongress-App - SynopticCon</b>	4
<b>Programmübersicht – Dienstag, 24.09.2019</b>	5
<i>Programmdetails</i>	6
<i>Fotoausstellung Dr. med. Hagen Barlag</i>	8
<i>Sektempfang im Festsaal des Erfurter Rathauses</i>	9
<i>Angebote – Stadtführung</i>	10
<b>Programmübersicht – Mittwoch, 25.09.2019</b>	11
<i>Programmdetails</i>	12
<i>Abendveranstaltung</i>	16
<b>Programmübersicht – Donnerstag, 26.09.2019</b>	19
<b>Abstracts</b>	21
Abstract – Plenum III	22
<i>Live-Demonstrationen – ein effektives und effizientes Werkzeug zur Schulung von Melderportal-Benutzern</i>	22
<i>Herausforderungen beim Aufbau des Landeskrebsregisters RLP – Vom Datenimport bis zu qualifizierten Daten</i>	23
<i>Die Aktivitäten der 65c Plattform der KFRG-Register zur Vereinheitlichung der Dokumentation und Verbesserung des Meldeflusses</i>	24
<i>Weiterentwicklung des Onkologischen Basisdatensatzes (ADT/GEKID) und seiner Module</i>	26
Abstract – Plenum IV	28
<i>Micrometastases in axillary lymph nodes and the outcome of breast cancer. A retrospective cohort study based on the clinical cancer registry data of the tumor centers of Regensburg and Magdeburg</i>	28
<i>Die leitlinienkonforme Chemotherapie bei Patientinnen mit hormonrezeptorpositivem und nodalpositivem Brustkrebs im Frühstadium führt zu einem besseren Gesamtüberleben und metastasenfremem Überleben - mit eingeschränktem Nutzen bei älteren Patienten</i>	30
<i>Therapie und Überleben beim rezidierten Ovarialkarzinom – eine populationsbezogene Untersuchung in Ostbayern</i>	31
<i>Gibt es einen Vorteil der Lymphadenektomie für die Gesamt- und rezidivfreie Überlebenszeit beim Endometriumkarzinom Typ I FIGO IB G1-2? Eine retrospektive bevölkerungsbasierte Kohortenanalyse</i>	32
<i>Einfluss des Lymphknotenstatus und der Behandlungsstrategie auf das Gesamtüberleben bei Gebärmutterhalskrebs im fortgeschrittenen Stadium</i>	34
Abstract – Plenum V	36
<i>Auswertbarkeit und Aussagefähigkeit der Qualitätskonferenzdaten zum Nierenkarzinom</i>	36
<i>Kopf-Hals-Tumorzentrum der Charité</i>	37
<i>Auswertepotenzial von Registerdaten zum malignen Melanom</i>	38
<i>8. Onkologische Qualitätskonferenz 2020</i>	39
<i>Zertifikat "Tumordokumentar/in" und Fortbildung in der Tumordokumentation</i>	40
Abstract – Plenum VI	42
<i>Erstellung eines Musterrückmeldeberichts an Melder</i>	42
<i>Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren (WiZen) – Studiendesign und erste Ergebnisse des vom Innovationsfonds geförderten Projektes</i>	44
<i>Methoden zur anonymisierten Verknüpfung klinischer Krebsregisterdaten mit Krankenkassendaten</i>	46
<i>ICD-11 - Struktur und Abbildung der Onkologie</i>	48
<i>Blick auf den registerübergreifenden Datenaustausch aus der Mitte Deutschlands</i>	49
<b>Aussteller und Sponsoren</b>	50
<b>Onkologie im Dialog</b>	51
<b>Weitere Informationen / Kontaktdaten</b>	50



# Herzlich Willkommen

zur

## 23. INFORMATIONSTAGUNG

Tumordokumentation und Krebsregistrierung -  
„Krebsregister für Qualitätsverbesserung und Versorgungsforschung“

Sehr geehrte Damen und Herren,

der strukturelle Aufbau der Krebsregister gemäß des Krebsfrüherkennungs- und –registergesetzes (KFRG) ist in allen Bundesländern abgeschlossen. Auch wenn im Detail noch vieles sowohl im Grundsätzlichen als auch im regionalen Bereich zu entwickeln ist, funktionieren die angestrebten Informationsstrukturen im Wesentlichen. Daher sind die Register wieder verstärkt in der Lage, sich den inhaltlichen Aspekten zuzuwenden, die im Motto der 23. Tagung stehen.

Wir freuen uns auf viele verschiedene Vorträge zu Themen aus dem Umfeld der Tumordokumentation und der Krebsregister, sei es zu besonderen Auswertungen, zu Rückmeldekonzepthen, Weiterentwicklung der Datensätze oder konzeptionellen Fragestellungen.

Die Tagung soll den Austausch zwischen den verschiedenen Akteuren in diesem Bereich befördern und richtet sich damit an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der epidemiologischen und klinischen Krebsregister, der zertifizierten Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft, der Tumorzentren, Onkologischen Schwerpunkte und Comprehensive Cancer Center, der Ärztekammern und Gesundheitsbehörden, aus den Bereichen Tumorepidemiologie, Onkologie, klinische Forschung und Qualitätsmanagement.

Der Fortbildungscharakter dieser Tagung wird unter anderem durch zwei Workshops betont, in denen sich die Teilnehmenden mit der aktuellen Audit-Situation auseinandersetzen oder ihre Kenntnisse der Statistik in der klinischen Tumordokumentation auffrischen können.

Beim Herumgehen werden Sie die schönen Fotos einer Ausstellung wahrnehmen. Es sind ausgesuchte Bilder von Herrn Dr. Hagen Barlag, der leider im vergangenen Jahr plötzlich verstorben ist und der sich in verschiedenen Bereichen für Tumorzentren und Krebsregistrierung eingesetzt hat. Wir möchten damit nochmals seiner gedenken.

Wie immer haben wir für Sie auch in der Gestaltung des Abendprogramms einige Highlights vorbereitet. Freuen Sie sich auf einen Sektempfang im Erfurter Rathausaal und lernen Sie anschließend in geführten Stadtrundgängen oder auf eigene Faust diese traditionsreiche und lebendige Stadt kennen. Am Mittwoch sollten Sie auch das Orgelkonzert im wunderschönen Erfurter Dom nicht verpassen. Anschließend werden wir alle gemeinsam bei einem Essen im DASDIE BRETTL von den Rhythmen der Band audioXperience musikalisch unterhalten werden.

Besonderen Dank gilt dieses Jahr Herrn Dr. Göbel für seine Gestaltungsideen und organisatorische Hilfe im wunderschönen Erfurt. Zuletzt möchten wir uns auch beim Programmkomitee, unseren Kooperationspartnern und den Referierenden für die gute Zusammenarbeit bedanken.

Wir wünschen Ihnen eine wunderbare Zeit in Erfurt mit reichlich Informationen und regem Austausch.

Dr. Udo Altmann

## MULTI-KONGRESS-APP - SYNOPTICCON

Unsere 23. Informationstagung Tumordokumentation und Krebsregistrierung finden Sie auf der Multi-KongressApp von SynopticCon.

Laden Sie sich gerne die App herunter und erhalten Sie alle Informationen rund um unsere Tagung auf Ihrem Handy.



# SynopticCon



PROGRAMMÜBERSICHT – DIENSTAG, 24.09.2019

- 09:00 – 12:30 Uhr      **Workshop I**  
Hilfe, uns droht ein Audit! - Tipps und Tricks zum Überleben  
*A. Altendorf-Hofmann*
- 09:00 – 12:30 Uhr      **Workshop II**  
Auffrischung Statistik in der klinischen Tumordokumentation  
*G. Wegener*
- Mittagspause
- 13:15 – 13:30 Uhr      **Kongresseröffnung**  
*Ministerin H. Werner*
- Beginn Industrieausstellung**
- 13:30 – 15:30 Uhr      **Plenum I – Perspektive Deutschland**  
*Vorsitz: M. Klinkhammer-Schalke, J. Bruns*
- Fotoausstellung**
- Kaffeepause
- 16:00 – 17:15 Uhr      **Plenum II – Perspektive Europa**  
*Vorsitz: A. Tillack, H. Göbel*
- Abendveranstaltung
- 18:00 – 19:00 Uhr      **Sektempfang**
- Ab 19:00 Uhr          **Stadtrundgänge**

---

12:30 Uhr	Begrüßungsimbiss
13:15 Uhr	<u>KONGRESSERÖFFNUNG</u> <b>Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie</b> <i>Ministerin H. Werner</i>  <u>BEGINN INDUSTRIEAUSSTELLUNG</u>  <u>PLENUM I - PERSPEKTIVE DEUTSCHLAND</u> Vorsitz: M. Klinkhammer-Schalke , J. Bruns
13:30 Uhr	① <b>Der Nationale Krebsplan und die Dekade gegen Krebs</b> <i>A. Helou</i>
13:50 Uhr	② <b>Nationaler Krebsplan, Krebsregister und Tumordokumentation - vom Gesetz zum Nutzen des Patienten</b> <i>H. Kerek-Bodden</i>
14:00 Uhr	③ <b>Je größer der Datenpool, desto individueller die Therapie - Chancen der Krebsregister für die Onkologie</b> <i>A. Stier</i>
14:30 Uhr	④ <b>Stand Klinische Krebsregister nach § 65c SGB V und Perspektive des Nationalen Krebsplans</b> <i>K. Jahn</i>
14:50 Uhr	⑤ <b>Projekte von ADT und GEKID</b> <i>B. Franke, M. Meyer</i>
15:10 Uhr	⑥ <b>Versorgungsforschung und Versorgungstransparenz durch klinische Daten</b> <i>M. Klinkhammer-Schalke</i>  <u>ERÖFFNUNG FOTOAUSSTELLUNG</u>
15:30 Uhr	Kaffeepause

---



## PLENUM II - PERSPEKTIVE EUROPA

Vorsitz: A. Tillack, H. Göbel

- |           |   |
|-----------|---|
| 16:00 Uhr | <b>① Welche Perspektive bietet Europa für die Onkologie -<br/>Initiativen zur Krebsbekämpfung auf EU-Ebene</b><br><i>J. Bruns</i> |
| 16:15 Uhr | <b>② Auswertungen klinischer Daten aus den Niederlanden</b><br><i>S. Siesling</i>   |
| 16:40 Uhr | <b>③ Verbindung und Darstellung klinischer Daten aus Deutschland<br/>und den Niederlanden</b><br><i>V. Völkel</i>                 |
| 17:00 Uhr | <b>④ Gemeinsame Diskussion</b>  |

---

17:15 Uhr	<b>Ende</b>
-----------	-------------

---

## ABENDVERANSTALTUNG

- |                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| 18:00 – 19:00 Uhr | <b>Sektempfang</b>    |
| Ab 19:00 Uhr      | <b>Stadtführungen</b> |

# amBer GEWÖHNLICH



DR. MED. HAGEN BARLAG  
IN MEMORIAM

## SEKTEMPFANG IM FESTSAAL DES ERFURTER RATHAUSES

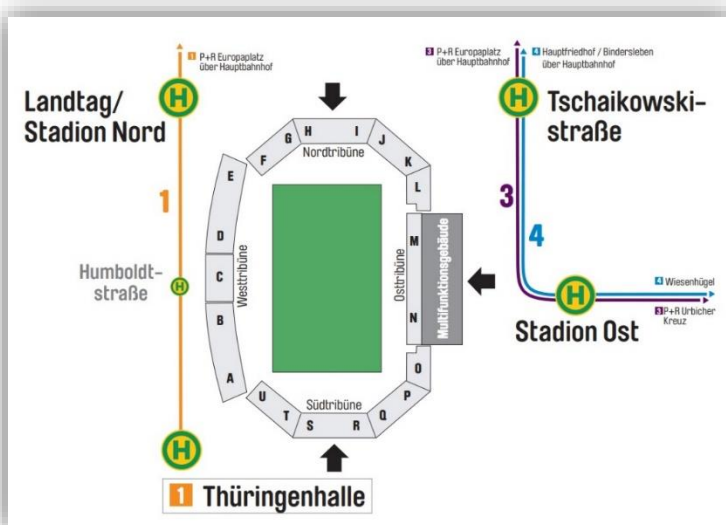


© Stadtverwaltung Erfurt/ Vitalik Gürtler

Das neogotische Rathaus von 1874 befindet sich auf einem der schönsten Plätze der Stadt, dem zentral gelegenen Fischmarkt mit seinen beeindruckenden Patrizier- und Renaissancehäusern. Es ist nicht nur Sitz des Oberbürgermeisters und der städtischen Verwaltung, sondern auch beeindruckender Veranstaltungsort für Konzerte, Vorträge und Empfänge.

Der prunkvolle Rathausfestsaal bietet auf 240 m<sup>2</sup> Raum für 198 Personen und fasziniert mit Wandgemälden zur Erfurter und Thüringer Geschichte, die den historischen Charakter des Hauses prägen.

### Anfahrt:



**Start:** Stadion Ost

Tram 3  
(P+R Europaplatz über Hauptbahnhof)

oder

Tram 4  
(Bindersleben)

**Ziel:** Fischmarkt/Rathaus

→ Festsaal

---

## ANGEBOTE FÜR STADTFÜHRUNGEN IN ERFURT

---

### **Angebot I Stadtführung: Die besondere Entdeckertour**



© Erfurt Tourismus und Marketing GmbH

Es erwartet Sie ein interessanter Spaziergang durch das mehr als 1270 Jahre alte Erfurt mit seinen beeindruckenden Sehenswürdigkeiten. Auf den romantischen Wegen begegnen Sie vielleicht dem Erfurter Brezelritter, der Kostproben mittelalterlicher Backkunst bereithält. Lassen Sie sich im abendlichen Licht von der mittelalterlichen Altstadt mit ihren kleinen Gassen, Fachwerkhäusern, vielen Kirchen und Brücken verzaubern. Der Spaziergang endet in einem Restaurant der Altstadt, in welchem die Gäste den Abend bei einem deftigen Thüringer Mahl ausklingen lassen können (Erfurter Bratwurst mit Sauerkraut und Bratkartoffeln).

### **Die besondere Entdeckertour inkl. eines deftigen Thüringer Essens (Erfurter Bratwurst mit Sauerkraut und Bratkartoffeln)**

Beginn: 19:00 Uhr

Ende: 20:30 Uhr

Preis: 19,00 € pro Person

### **Angebot II Stadtführung: Faszination einer historischen Stadt erleben**



© Erfurt Tourismus und Marketing GmbH

Nicht umsonst sagte bereits Dr. Martin Luther: Erfurt „liegt am besten Ort. Da muss eine Stadt stehen“. Die Wahrzeichen der Stadt sind das Ensemble von Dom St. Marien und der St. Severi Kirche. Sie prägen das Stadtbild wie kaum eine andere Sehenswürdigkeit in Erfurt. Eine Attraktion der Stadt ist die Krämerbrücke. Sie führt auf 120 m über den Fluss Gera und ist mit 32 Häusern bebaut – damit zählt sie zu den längsten komplett bebauten und bewohnten Brücken Europas. Lassen Sie sich verzaubern von imposanten Kirchen, die der Stadt den Beinamen das "thüringische Rom" gaben, den wunderschönen Patrizier- und Fachwerkhäusern und den mittelalterlichen Gassen, die das 1275 Jahre alte Erfurt zu einem Bilderbuch der deutschen Geschichte machen.

### **Stadtführung „Faszination einer historischen Stadt erleben“ inkl. einer Bratwurst „to-go“**

Beginn: 19:00 Uhr

Ende: 20:30 Uhr

Preis: 11,00 € pro Person

PROGRAMMÜBERSICHT – MITTWOCH, 25.09.2019

- 09:00 – 10:35 Uhr      **Plenum III – Krebsregister und Melder**  
*Vorsitz: U. Altmann, B. Holleczeck*
- Kaffeepause
- 11:05 – 12:20 Uhr      **Plenum IV – Auswertungen**  
*Vorsitz: U. Stötzer, R. Kleinschmidt*
- Mittagspause
- 13:20 – 14:45 Uhr      **Plenum V – Auswertungen und Methodik**  
*Vorsitz: A. Sackmann, H. Zettl*
- Kaffeepause
- 15:15 – 17:00 Uhr      **Plenum VI – Methodische Aspekte**  
*Vorsitz: M. Gerken, T. Hartz*
- Abendveranstaltung
- 18:00 – 19:00 Uhr      **Orgelkonzert im Erfurter Dom**
- Ab 19:30 Uhr          **Abendessen im DASDIE BRETTL**  
**Musik: audioXperience**



### PLENUM III – KREBSREGISTER UND MELDER

Vorsitz: U. Altmann, B. Holleczeck

- 09:00 Uhr                    ①    **Live-Demonstrationen – ein effektives und effizientes Werkzeug zur Schulung von Melderportal-Benutzern**  
*M. Krämer, B. Weber, B. Holleczeck*  
→ S.22
- 09:15 Uhr                    ②    **Herausforderungen beim Aufbau des Landeskrebsregisters RLP – Vom Datenimport bis zu qualifizierten Daten**  
*P. Plachky*  
→ S.23
- 09:35 Uhr                    ③    **Die Aktivitäten der 65c Plattform der KFRG-Register zur Vereinheitlichung der Dokumentation und Verbesserung des Meldeflusses**  
*T. Hartz*  
→ S.24
- 10:20 Uhr                    ④    **Weiterentwicklung des Onkologischen Basisdatensatzes (ADT/GEKID) und seiner Module**  
*R. Wurlitzer, K. Kleihues-van Tol,*  
→ S.26
- 
- 10:35 Uhr                    Pause
- 

### PLENUM IV - AUSWERTUNGEN

Vorsitz: U. Stötzer, R. Kleinschmidt

- 11:05 Uhr                    ①    **Micrometastases in axillary lymph nodes and the outcome of breast cancer - A retrospective cohort study based on the clinical cancer registry data of the tumor centers of Regensburg and Magdeburg**  
*M. Hetterich*  
→ S.28

- 11:20 Uhr      ②      **Die leitlinienkonforme Chemotherapie bei Patientinnen mit hormonrezeptorpositivem und nodalpositivem Brustkrebs im Frühstadium führt zu einem besseren Gesamtüberleben und metastasenfrem Überleben - mit eingeschränktem Nutzen bei älteren Patienten**  
*C. Taubenhansl, M. Hetterich, M. Gerken*  
→ S.30
- 11:35 Uhr      ③      **Therapie und Überleben beim rezidierten Ovarialkarzinom – eine populationsbezogene Untersuchung in Ostbayern**  
*F. Haslbeck, M. Hetterich, M. Gerken*  
→ S.31
- 11:50 Uhr      ④      **Gibt es einen Vorteil der Lymphadenektomie für die Gesamt- und rezidivfreie Überlebenszeit beim Endometriumkarzinom Typ I FIGO IB G1-2? - Eine retrospektive bevölkerungsbasierte Kohortenanalyse**  
*D. Hassas, M. Hetterich, M. Gerken*  
→ S.32
- 12:05 Uhr      ⑤      **Einfluss des Lymphknotenstatus und der Behandlungsstrategie auf das Gesamtüberleben bei Gebärmutterhalskrebs im fortgeschrittenen Stadium**  
*St. Knobloch, M. Hetterich, M. Gerken*  
→ S.34

---

12:20 Uhr      Mittagspause

---

### PLENUM V – AUSWERTUNGEN UND METHODIK

Vorsitz: A. Sackmann, H. Zettl

- 13:20 Uhr      ①      **Auswertbarkeit und Aussagefähigkeit der Qualitätskonferenzdaten zum Nierenkarzinom**  
*G. Wegener*  
→ S.36
- 13:35 Uhr      ②      **Kopf-Hals-Tumorzentrum der Charité**  
*St. Sander*  
→ S.37

- 13:50 Uhr                    ③    **Auswertepotenzial von Registerdaten zum malignen Melanom**  
*O. Schoffer*  
→ S.38
- 14:05 Uhr                    ④    **8. Onkologische Qualitätskonferenz 2020**  
*K. Kleihues-van Tol*  
→ S.39
- 14:30 Uhr                    ⑤    **Zertifikat "Tumordokumentar/in" und Fortbildung in der Tumordokumentation**  
*B. Franke*  
→ S.40
- 
- 14:45 Uhr                    Pause
- 

## PLENUM VI – METHODISCHE ASPEKTE

Vorsitz: M. Gerken, T. Hartz

- 15:15 Uhr                    ①    **Erstellung eines Musterrückmeldeberichts an Melder**  
*K. Weitmann, C. Schneider, U. Stötzer*  
→ S.42
- 16:00 Uhr                    ②    **Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren (WiZen) – Studiendesign und erste Ergebnisse des vom Innovationsfonds geförderten Projektes**  
*O. Schoffer*  
→ S.44
- 16:15 Uhr                    ③    **Methoden zur anonymisierten Verknüpfung klinischer Krebsregisterdaten mit Krankenkassendaten**  
*R. Wurlitzer*  
→ S.46
- 16:30 Uhr                    ④    **ICD-11 - Struktur und Abbildung der Onkologie**  
*K. Reichhold, U. Altmann*  
→ S.48



16:45 Uhr      5      **Blick auf den registerübergreifenden Datenaustausch aus  
der Mitte Deutschlands**  
*K. Bernhardt*  
→ S.49

---

17:00 Uhr      Ende

---

### ABENDVERANSTALTUNG

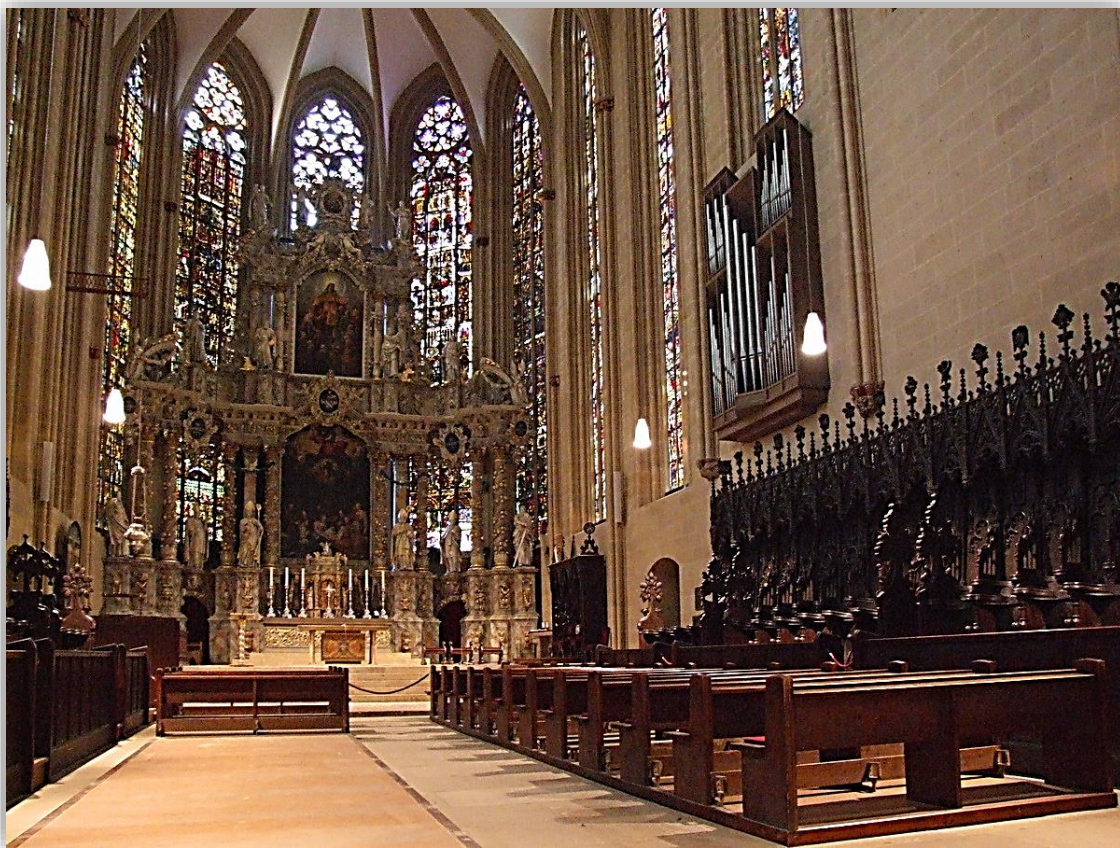
18:00 – 19:00 Uhr      **Orgelkonzert im Erfurter Dom unter der Leitung von  
Domorganist KMD Prof. Silvius von Kessel**

Ab 19:30 Uhr      **Abendessen im DASDIE BRETTL  
Musik: audioXperience**

---

ABENDVERANSTALTUNG: ORGELKONZERT IM ERFURTER DOM

---



© [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/b/b3/Erfurt%2C\\_Erfurter\\_Dom\\_10.JPG](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/b/b3/Erfurt%2C_Erfurter_Dom_10.JPG)

**Orgelkonzert im Erfurter Dom**

unter der Leitung von

**Domorganist KMD Prof. Silvius von Kessel**

spielt Werke von Bach, Wagner, Pasquini und eigene Werke

18:00 – 19:00 Uhr

**Anfahrt:**

**Start:** Stadion Ost  
Tram 3 (*P+R Europaplatz über Hauptbahnhof*)  
oder  
Tram 4 (*Bindersleben*)

**Ziel:** Domplatz Süd

EINTRITT NUR MIT NAMENSSCHILD DER TAGUNG MÖGLICH!

ABENDESSEN IM DASDIE-BRETTL MIT MUSIK DER BAND AUDIOXPERIENCE

**DASDIE  
BRETTL**

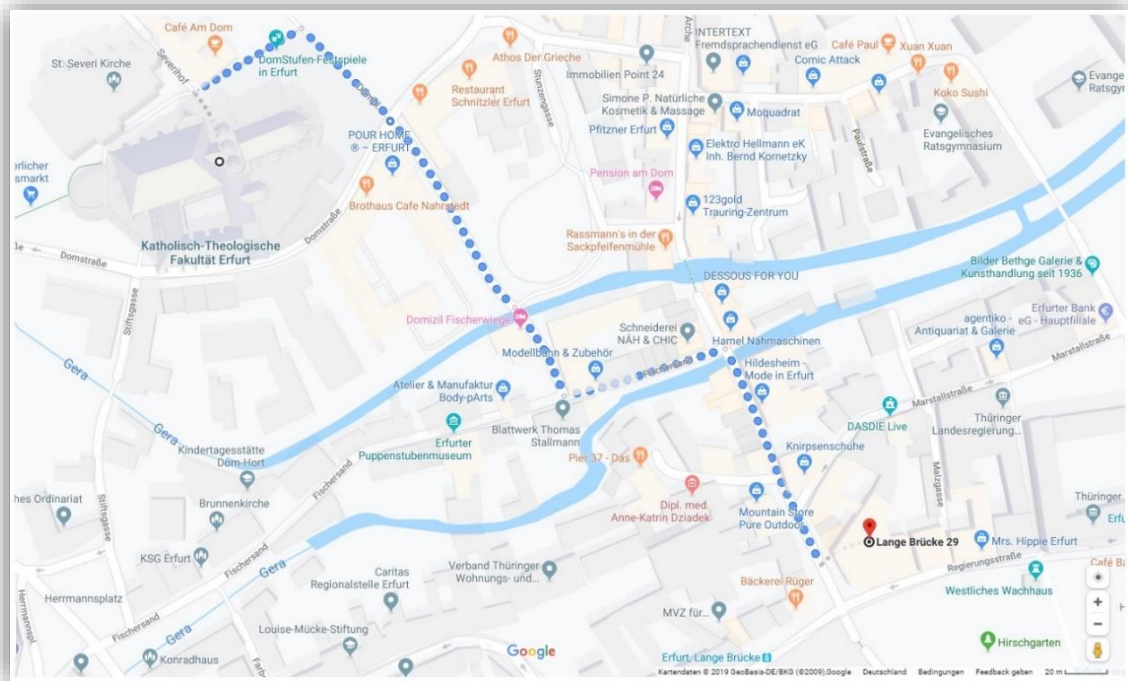
&



**Essen und Musik im:**  
DASDIE BRETTL / STAGE  
ab 19:30 Uhr

**Adresse:**  
Lange Brücke 29  
99084 Erfurt

**Fußweg:**  
Erfurter Dom – DASDIE Brettl  
450 m - ca. 5 min



Kartendaten © 2019 GeoBasis-DE/BKG (©2009) Google



PROGRAMMÜBERSICHT – DONNERSTAG, 26.09.2019

09:30 – 11:00 Uhr

**Fortbildung I**

TNM

*Ch. Wittekind*

Kaffeepause

11:30 – 13:00 Uhr

**Fortbildung II**

Uroonkologische Tumoren

*Th. Steiner*

Verabschiedung

**Ende Industrieausstellung**



## ABSTRACTS

### Plenum III

- ① Live-Demonstrationen – ein effektives und effizientes Werkzeug zur Schulung von Melderportal Benutzern
- ② Herausforderungen beim Aufbau des Landeskrebsregisters RLP – Vom Datenimport bis zu qualifizierten Daten
- ③ Die Aktivitäten der 65c Plattform der KFRG-Register zur Vereinheitlichung der Dokumentation und Verbesserung des Meldeflusses
- ④ Weiterentwicklung des Onkologischen Basisdatensatzes (ADT/GEKID) und seiner Module

### Plenum IV

- ① Micrometastases in axillary lymph nodes and the outcome of breast cancer - A retrospective cohort study based on the clinical cancer registry data of the tumor centers of Regensburg and Magdeburg
- ② Die leitlinienkonforme Chemotherapie bei Patientinnen mit hormonrezeptorpositivem und nodalpositivem Brustkrebs im Frühstadium führt zu einem besseren Gesamtüberleben und metastasenfreien Überleben - mit eingeschränktem Nutzen bei älteren Patienten
- ③ Therapie und Überleben beim rezidierten Ovarialkarzinom – eine populationsbezogene Untersuchung in Ostbayern
- ④ Gibt es einen Vorteil der Lymphadenektomie für die Gesamt- und rezidivfreie Überlebenszeit beim Endometriumkarzinom Typ I FIGO IB G1-2? - Eine retrospektive bevölkerungsbasierte Kohortenanalyse
- ⑤ Einfluss des Lymphknotenstatus und der Behandlungsstrategie auf das Gesamtüberleben bei Gebärmutterhalskrebs im fortgeschrittenen Stadium

### Plenum V

- ① Auswertbarkeit und Aussagefähigkeit der Qualitätskonferenzdaten zum Nierenkarzinom
- ② Kopf-Hals-Tumorzentrum der Charité
- ③ Auswertepotenzial von Registerdaten zum malignen Melanom
- ④ 8. Onkologische Qualitätskonferenz 2020
- ⑤ Zertifikat "Tumordokumentar/in" und Fortbildung in der Tumordokumentation

### Plenum VI

- ① Erstellung eines Musterrückmeldeberichts an Melder
- ② Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren (WiZen) – Studiendesign und erste Ergebnisse des vom Innovationsfonds geförderten Projektes
- ③ Methoden zur anonymisierten Verknüpfung klinischer Krebsregisterdaten mit Krankenkassendaten
- ④ ICD-11 - Struktur und Abbildung der Onkologie
- ⑤ Blick auf den registerübergreifenden Datenaustausch aus der Mitte Deutschlands



## LIVE-DEMONSTRATIONEN – EIN EFFEKTIVES UND EFFIZIENTES WERKZEUG ZUR SCHULUNG VON MELDERPORTAL-BENUTZERN

*M. Krämer, B. Weber, B. Hollecsek*

Krebsregister Saarland, Saarbrücken

### Einleitung

Mit Inbetriebnahme des Melderportals des Krebsregisters Saarland im Rahmen des Ausbaus zum klinisch-epidemiologischen Krebsregister können seit November 2018 Meldungen in elektronischer Form an das Krebsregister übermittelt werden.

Für den erfolgreichen Einsatz des Melderportals sind folgende Punkte von entscheidender Bedeutung: Wie können neue Melder auf die Verwendung des Melderportals vorbereitet werden? Wie können Leistungserbringer, die bisher Meldungen in Papierform übermittelt haben, für den Umstieg auf das Melderportal motiviert werden?

Nachfolgend beschreiben wir Maßnahmen zur Umsetzung der genannten Punkte.

### Material und Methoden

Das Krebsregister bietet seit Einführung des Melderportals regelmäßig Online-Schulungen für Melder an. Die Schulungen sind an den individuellen Bedürfnissen der Teilnehmer ausgerichtet und berücksichtigen dabei insbesondere Vorkenntnisse, das Fachgebiet des Melders, die relevanten Meldeanlässe sowie die Art der Verwendung des Melderportals.

Durch die Verwendung eines Desktop-Sharing-Systems kann der Einsatz des Melderportals in Form einer Live-Demonstration vorgestellt werden. Auftretende Fragen sowohl fachlicher als auch technischer Art können so während der Schulungsveranstaltung beantwortet werden.

Zusätzlich zu den Online-Schulungen stellt das Krebsregister Schulungsvideos auf seiner Internetseite zur Verfügung, die anhand konkreter Beispiele die Verwendung des Melderportals veranschaulichen.

Weiterhin wurde eine Support-Hotline zur Beantwortung von technischen und fachlichen Fragen eingerichtet.

### Ergebnisse und Zusammenfassung

Durch die eingesetzten Werkzeuge können Ressourcen sowohl seitens der Melder als auch seitens des Krebsregisters eingespart werden. Dies hat letztendlich zur Folge, dass Online-Schulungen und Melderportal rege in Anspruch genommen werden und somit Meldungen mit höherer Qualität im Hinblick auf Vollständigkeit und Vollständigkeit zu erwarten sind.

Monika Krämer

Krebsregister Saarland  
Präsident Baltz Straße 5  
66119 Saarbrücken  
Tel.: 0681/501-5981  
E-Mail: [m.kraemer@soziales.saarland.de](mailto:m.kraemer@soziales.saarland.de)



## HERAUSFORDERUNGEN BEIM AUFBAU DES LANDESKREBSREGISTERS RLP – VOM DATENIMPORT BIS ZU QUALIFIZIERTEN DATEN

*P. Plachky*

Krebsregister Rheinland-Pfalz

### Einleitung

Beim Aufbau flächendeckender klinischer Krebsregister nach dem KFRG stellt es sich als herausfordernd dar, aus den Primärsystemen zur Tumordokumentation der meldenden Kliniken qualitativ hochwertige Daten per Schnittstelle zu erhalten.

### Material und Methoden

Um eine bessere Datenqualität der eingehenden Meldungen zu erlangen, werden vom Krebsregister RLP verschiedene Maßnahmen ergriffen, um die Qualität der Daten zu verbessern. Es werden umfangreiche Datenprüfungen eingeführt, die bereits vor dem Import stattfinden. Dazu wurde ein virtuelles „Mauernsystem“ eingeführt, welches aus zwei „Mauern“ besteht. Dabei werden die Meldungen in verschiedenen automatisierten und standardisierten Prüfschritten auf Pflichtfelder und Plausibilitäten geprüft. Besteht eine Meldung diese Prüfung nicht, kann dies entweder zu einer Komplettablehnung führen oder aber der Melder bekommt eine automatisierte Korrekturanforderung. Erst wenn eine Meldung beide Mauern „übersprungen“ hat, kann sie im Krebsregister vergütet und bearbeitet werden. Des Weiteren werden Schnittstellen eines Primärsystems, die zur Meldung an das Krebsregister RLP genutzt werden sollen, zertifiziert.

Die Verarbeitung vieler Meldungen erfolgt bereits automatisiert. Eine Weiterentwicklung der Automatisierung wird kontinuierlich fortgeführt.

### Ergebnisse

Durch regelmäßige Auswertungen (u.a. der Korrekturanforderungen) einzelner Melder im Vergleich zum ganzen Land Rheinland-Pfalz melden wir die Datenqualität zurück. Die häufigsten Gründe für Korrekturanforderungen und Ablehnungen werden dargestellt.

### Diskussion

Im Austausch mit den meldenden Stellen und den Softwareherstellern werden die Ursachen der Ablehnungen und Korrekturanforderungen diskutiert und Lösungsansätze vorgeschlagen, um die Qualität der Meldungen zu verbessern.

### Zusammenfassung

Durch Einführung von Pflichtfeldern und automatisierte Prüfung der Meldungen beim Import wird die Qualität der Meldungen erheblich gesteigert und es entsteht eine enorme Zeitersparnis.

Petra Plachky

Krebsregister Rheinland-Pfalz gGmbH

Große Bleiche 46

55116 Mainz

Tel.: 06131/97175-20

E-Mail: [plachky@krebsregister-rlp.de](mailto:plachky@krebsregister-rlp.de)

## DIE AKTIVITÄTEN DER 65C PLATTFORM DER KFRG-REGISTER ZUR VEREINHEITLICHUNG DER DOKUMENTATION UND VERBESSERUNG DES MELDEFLUSSES

*T. Hartz*

Klinisches Krebsregister Niedersachsen AÖR, Hannover

### Einleitung

Die Landschaft der Krebsregistrierung ist historisch bedingt sehr heterogen und länderspezifisch unterschiedlich geregelt. Durch das im April 2013 verabschiedete Krebsfrüherkennungs- und registergesetz (KFRG) (vgl. §65c SGB V) wird eine bundesweit einheitliche Registerstruktur angestrebt. Ziel ist es, durch den bundesweit flächendeckenden Ausbau klinischer Krebsregister eine systematische und einheitliche Datenerfassung sicherzustellen und somit die Qualität der onkologischen Versorgung zu verbessern. Die dafür benötigten Grundstrukturen sind in allen Bundesländern nahezu vollständig geschaffen worden und die Registrierung von Krebsfällen nach KFRG sind überall angelaufen [1].

### Material und Methoden

Für eine Harmonisierung der Prozesse und erfolgreiche Umsetzung des KFRGs wurde 2013 auf ministerialer Ebene eine temporäre Arbeitsgruppe mit Vertretern der Länder ins Leben gerufen (Ad-hoc-AG), die den Aufbau der neuen Strukturen begleitet. Um den Austausch auf Arbeitsebene weiter zu stärken, wurde im Frühjahr 2015 aus der Ad-hoc-AG heraus eine Unterarbeitsgruppe mit dem Namen „Plattform § 65c“ geschaffen, die sich unmittelbar aus Vertretern der jeweiligen klinischen Krebsregister nach KFRG zusammensetzt.

### Ergebnisse

Die konstituierende Sitzung der Plattform § 65c fand am 22.07.2015 statt. Es wurden Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit definiert, die Anfang 2018 in einer gemeinsamen Geschäftsordnung nochmal manifestiert wurden. Ende 2018 wurde am Krebsregister Sachsen-Anhalt eine Koordinierungsstelle geschaffen, die die Krebsregister unterstützt und die regelmäßigen Sitzungen vorbereitet. Konkrete Fragestellungen werden in temporären Arbeitsgruppen erarbeitet und als Beschlussvorlagen zur Abstimmung gebracht. Mit dem „Netzwerk IT“ und dem „Doku-Netzwerk“ sind innerhalb der Plattform zwei weitere Strukturen geschaffen worden, die Lösungen zu Problemen und Fragen gemeinsam erarbeiten und über die Plattform Verbindlichkeit erlangen. Der Umsetzungsleitfaden zur Implementierung der ADT-GEKID-XML-Schnittstelle ist ein konkretes Ergebnis, die aus diesen neuen Strukturen hervorgegangen ist.

### Diskussion

Die Schaffung der neuen Strukturen, die durch die Plattform § 65c entstanden sind, helfen die Vereinheitlichung der Dokumentation und Verbesserung des Meldeflusses voranzubringen. Ein Internetauftritt der Plattform, auf der die Strukturen aufgezeigt und Ansprechpartner genannt werden, ist in Vorbereitung ([www.plattform65c.de](http://www.plattform65c.de)). Die Koordinierungsstelle ist ein wichtiger Baustein, dass diese Strukturen funktionieren und gelebt werden.

### Zusammenfassung

Die Krebsregistrierung ist auf einem guten Weg, Prozesse zu harmonisieren.

### Literatur

[1] Hölterhoff M, Löffler L, Ludwig L, Maday C (2018). Gutachten: Stand der klinischen Krebsregistrierung – Ergebnisse der Überprüfung der Förderkriterien zum 31.12.2017. Prognos AG, GKV-Spitzenverband, Oktober 2018.

Tobias Hartz

Klinisches Krebsregister Niedersachsen AÖR  
Sutelstraße 2  
30659 Hannover  
Tel.: 0511/227897-10  
E-Mail: t.hartz@kk-n.de

## WEITERENTWICKLUNG DES ONKOLOGISCHEN BASISDATENSATZES (ADT/GEKID) UND SEINER MODULE

R. Wurlitzer (1), K. Kleihues-van Tol (1),  
S. Hentschel (3) M. Klinkhammer-Schalke (1), (2)

(1) Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V.

(2) Tumorzentrum Regensburg - Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg

(3) Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.

### Einleitung

Das „Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz“ (KFRG; 09.04.2013) bildet die Grundlage für eine bundesweite Erfassung und Meldung klinischer Kranken- und Verlaufsdaten von an Krebs erkrankten Patienten. Als Instrument für eine inhaltlich-einheitliche Erfassung wurde der „Gemeinsame Onkologische Basisdatensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.“ (BDS) und seine zugehörigen Module entwickelt. Für die technische Umsetzung wurde basierend auf dem BDS eine XML-Schema-Datei generiert und zur Verfügung gestellt. Der BDS unterliegt einem stetigen Aktualisierungsprozess. In neue Versionen werden regelmäßig aktuelle Erkenntnisse der Qualitätssicherung und der wissenschaftlichen Forschung integriert und die bei Anwendern aufgetretenen Probleme behoben. Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Projektes sollen im Zeitraum von November 2018 bis Oktober 2021 der BDS und seine Module (a), sowie das assoziierte XML Schema (b) weiterentwickelt und aktualisiert werden. Außerdem ist es das Ziel ein Regelwerk zu erarbeiten, welches die Aktualisierungs- und Integrationsprozesse des BDS verbessern soll (c).

### Material und Methoden

a) Alle Aktualisierungsvorschläge zwischen 2014 – 2019 wurden zentral durch die Mitglieder der ADT und GEKID gesammelt und zur Prüfung der Arbeitsgruppe Daten AG-Daten (ADT/GEKID) übergeben. Nach Freigabe durch ADT und GEKID sollen die Änderungen in den BDS integriert und veröffentlicht werden.

b) Begleitend zur inhaltlichen Aktualisierung erfolgte die Überarbeitung des assoziierten XML-Schemas. Hierbei wurden inhaltliche Änderungen (z.B. neue Meldeitems) in das XML-Schema integriert und die Formatierung (z.B. Datentyp) definiert. Eine strukturelle Prüfung des XML-Schemas wurde vorbereitet.

c) Als Vorbereitung zur Erstellung des Regelwerkes wurden Probleme, welche mit dem bisherigen Aktualisierungsprozess assoziiert waren, gesammelt. Im weiteren Verlauf konnten Strategien zur Verbesserung der Prozesse definiert und in einem Dokument (Regelwerk) zusammengefasst werden. An den Prozessen beteiligte Fachorganisationen (z.B. ADT, GEKID, Plattform § 65c) haben das Dokument im Anschluss kommentiert.

### Ergebnisse

a) Zum Zeitpunkt der Einreichung des Abstracts wurden im Zeitraum von 2014 – 2019 79 Änderungsvorschläge eingereicht. Die AG-Daten (ADT/GEKID) nahm aufgrund ihrer hohen inhaltlichen Relevanz 9 der Änderungen zur Umsetzung an, lehnte 24 Anfragen ab und vertagte die Entscheidung für 36 weitere Anfragen. Zehn weitere Anfragen wurden noch nicht bearbeitet.

b) Das zum BDS assoziierte XML Schema wurde zum Zeitpunkt der Tagung noch nicht vollständig aktualisiert.

c) Die vorläufige Version des Regelwerkes wurde erstellt und zur weiteren Diskussion an die beteiligten Fachorganisationen übergeben. Auf der Tagung erfolgt die detaillierte Darstellung der jeweiligen Verbesserungsmaßnahmen und der aktuelle Diskussionsstand.

#### Diskussion

a) Der BDS wurde durch die Arbeiten im Zuge des vom BMG geförderten Projektes durch die Behebung von Fehlern und die Integration neuer Qualitätsmerkmale (und eines Moduls) verbessert. Der BDS sollte allerdings auch zukünftig weiterentwickelt und an neue Erkenntnisse der Forschung angepasst werden (living data).

b) Die Überarbeitung des XML Schemas ist notwendig für die korrekte Umsetzung der inhaltlichen Neuerungen und muss im Verlaufe der kommenden Monate verstärkt verfolgt werden. Nur so kann eine korrekte Integration in die Tumordokumentationssysteme garantiert werden.

c) Die im Regelwerk dargestellten Verbesserungsmaßnahmen haben ein hohes Potential die Aktualisierungsprozesse effizienter und transparenter zu gestalten. Sie finden breite Unterstützung auf der Anwenderebene. Ob diese Maßnahmen dauerhaft zu Verbesserungen geführt haben, muss mit Hilfe von Kennzahlen über einen längeren Zeitraum betrachtet werden.

#### Zusammenfassung

Der „Gemeinsame Onkologische Basisdatensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.“ besitzt das Potential klinische Daten von an Krebs erkrankten Patienten einheitlich zu erfassen und damit vergleichbar und nutzbar zu machen. Dieses Projekt lieferte einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Instrumente der klinischen Krebsregistrierung in der Bundesrepublik Deutschland. Zur Aufrechterhaltung der Datenqualität ist es allerdings notwendig den BDS kontinuierlich weiterzuentwickeln. Dies beinhaltet die Erstellung weiterer Module, die Integration neuer Qualitätsindikatoren und das Erkennen und Beheben von Defiziten im Aktualisierungsprozess.

*Förderung dieses Projektes durch das Bundesministerium für Gesundheit*

Richard Wurlitzer

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V.

Kuno-Fischer-Straße 8

14057 Berlin

Tel.: 030/30111128

E-Mail: [wurlitzer.adt@tumorzentren.de](mailto:wurlitzer.adt@tumorzentren.de)

MICROMETASTASES IN AXILLARY LYMPH NODES AND THE OUTCOME OF BREAST CANCER  
A RETROSPECTIVE COHORT STUDY BASED ON THE CLINICAL CANCER REGISTRY DATA OF THE  
TUMOR CENTERS OF REGENSBURG AND MAGDEBURG

*M. Hetterich (1), M. Gerken (2), O. Ortmann (1), M. Klinkhammer-Schalke (2), A. Ignatov (1)*

(1) Universitätsfrauenklinik Regensburg, Regensburg, Deutschland

(2) Tumorzentrum Regensburg, Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der  
Universität Regensburg, Regensburg, Deutschland

### Background

The axillary lymph node status is one of the most important prognostic factors in patients with primary breast cancer. Histopathological examination of surgically removed lymph nodes is the method of choice to determine the axillary lymph node status. Micrometastases are defined as lymph node metastases with deposits from  $>0,2 \text{ \AA} 2\text{mm}$  and are staged as pN1mi. The impact of micrometastases on the overall and disease-free survival of patients with breast cancer still remains unclear. At the moment there are no precise therapy recommendations concerning the performance of adjuvant chemotherapy for patients with breast cancer and micrometastases diagnosed in the axillary lymph nodes. It is therefore the aim of this study to analyze the effect of micrometastases on the clinical outcome of patients with breast cancer who did or did not receive systemic adjuvant chemotherapy.

### Methods

Based on the clinical cancer registry data of Regensburg and Magdeburg we identified women with nonmetastatic breast cancer, diagnosed between 2003 and 2017 and staged as pN0/pN1mi after surgery. We detected a number of 540 patients with axillary micrometastases and 11743 with nodal negative disease. We analyzed whether they had undergone adjuvant systemic chemotherapy or not. From this we formed four cohorts (pN0+CTH, pN0-CTH/pN1mi+CTH, pN1mi-CTH) and performed survival analysis (OAS/DFS) using the Kaplan-Meier method and the Cox proportional-hazards model.

### Results

Concerning the Kaplan-Meier analysis micrometastases in regional lymph nodes were associated with a reduced 10-year rate of overall and disease-free survival among women with early-stage breast cancer who did not receive systemic adjuvant chemotherapy. But the effect seen in the univariate analysis could not be confirmed in the multivariate analysis using the cox proportional-hazards model. After adjustment for age, tumor size, grading, histological type etc. the benefit of the systemic adjuvant therapy disappears.

### Conclusions

We have shown that the presence of micrometastases in axillary lymph nodes in breast cancer patients should not influence our decision making as to whether or not a patient receives adjuvant systemic chemotherapy. This could be a new approach to de-escalation in the therapy of breast cancer patients that should be included in our clinical decisions in our tumor conferences.

Literature

[1] Maaike de Bowe, M.D., et al.: *Micrometastases or Isolated Tumor Cells and the Outcome of Breast Cancer. The New England Journal of Medicine. August 13, 2009.*

Madeleine Hetterich

Universitätsfrauenklinik  
Klinikum Caritas St. Josef  
Regensburg

E-Mail: [madeleine.hetterich@gmail.com](mailto:madeleine.hetterich@gmail.com)

Tumorzentrum Regensburg Institut für Qualitätssicherung und  
Versorgungsforschung der Universität Regensburg  
Am BioPark 9  
93053 Regensburg  
Tel.: 0941 / 943 1803  
E-Mail: [zentrum.tumor@ur.de](mailto:zentrum.tumor@ur.de)

DIE LEITLINIENKONFORME CHEMOTHERAPIE BEI PATIENTINNEN MIT  
HORMONREZEPTORPOSITIVEM UND NODALPOSITIVEM BRUSTKREBS IM FRÜHSTADIUM FÜHRT ZU  
EINEM BESSEREN GESAMTÜBERLEBEN UND METASTASENFREIEN ÜBERLEBEN -  
MIT EINGESCHRÄNKTEM NUTZEN BEI ÄLTEREN PATIENTEN

*C. Taubenhansl (1), O. Ortmann (2), M. Gerken (1),  
E. C. Inwald (2), M. Klinkhammer-Schalke (1)*

(1) Tumorzentrum Regensburg – Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg

(2) Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Lehrstuhl der Universität Regensburg,  
Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg

Einleitung:

Die deutsche Leitlinie für Brustkrebs empfiehlt die Verwendung einer Chemotherapie (CHT) bei Patienten mit hormonrezeptorpositivem und nodalpositivem, invasivem Brustkrebs. Ziel dieser Studie war es, die Auswirkungen von CHT in dieser Patientengruppe auf das Gesamtüberleben (OS) und das fernmetastasenfreie Überleben (DMFS) zu analysieren, insbesondere unter Berücksichtigung des Diagnosealters.

Patienten und Methode:

1772 Patientinnen aus dem klinischen Krebsregister des Tumorzentrum Regensburg mit zwischen 2003 und 2013 diagnostiziertem hormonrezeptorpositivem und nodalpositivem, invasivem Brustkrebs im Stadium I-III wurden in einer retrospektiven Kohortenstudie untersucht. OS und DMFS in Abhängigkeit von einer eingesetzten CHT wurden mittels der Kaplan-Meier-Methode und der multivariablen Cox-Reggressionsmethode geschätzt. Die Ergebnisse wurden weiter nach Alter bei Diagnose untersucht.

Ergebnisse:

Der Vergleich von 1544 Patienten mit CHT mit 228 Patienten ohne CHT zeigte einen signifikanten Nutzen für die CHT bezüglich 5-Jahres-OS (91,3% vs. 76,8%) und 5-Jahres-DMFS (86,7% vs. 74,4%, beide  $p < 0,001$ ). Im Vergleich zu Patienten ohne CHT desselben Alters wurden bei Patienten unter 70 Jahren mit CHT bessere OS und DMFS beobachtet. Patienten im Alter von  $\geq 70$  Jahren mit CHT hatten im Vergleich zu Patienten ohne CHT einen minimalen Nutzen in Bezug auf 5 Jahre OS, jedoch keinen Vorteil in Bezug auf DMFS. Alle Ergebnisse wurden in multivariablen Analysen bestätigt, mit Ausnahme von Patienten, die älter als 70 Jahre waren.

Diskussion und Zusammenfassung:

Patienten mit hormonrezeptorpositivem und nodalpositivem, invasivem Brustkrebs profitieren von einer Chemotherapie im Hinblick auf ein deutlich besseres Gesamt- und fernmetastasenfreies Überleben, obwohl die Verwendung der Chemotherapie bei Patienten über 70 Jahre bei Erstdiagnose zu einem geringeren Benefit führt.

Prof. Dr. med. Monika Klinkhammer-Schalke

Tumorzentrum Regensburg – Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung

Universität Regensburg

Am BioPark 9

93053 Regensburg

Tel.: 0941/943-1803

E-Mail: [monika.klinkhammer-schalke@ur.de](mailto:monika.klinkhammer-schalke@ur.de)



THERAPIE UND ÜBERLEBEN BEIM REZIDIERTEN OVARIALKARZINOM –  
EINE POPULATIONSBEOZUGENE UNTERSUCHUNG IN OSTBAYERN

*F. Haslbeck (1), O. Ortmann (2), M. Gerken (1),  
E. C. Inwald (2), M. Klinkhammer-Schalke (1)*

(1) Tumorzentrum Regensburg – Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg

(2) Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Lehrstuhl der Universität Regensburg,  
Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg

Einleitung:

In der S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren“ besteht Einigkeit darüber, dass beim rezidierten Ovarialkarzinom eine Chemotherapie erfolgen soll. Der Stellenwert der operativen Therapie im Rezidiv ist dagegen noch ein Gebiet mit vielen offenen Fragen. In der vorliegenden Studie wurde die Therapie und das Überleben in der Situation des Rezidivs populationsbezogen in einer retrospektiven Kohortenstudie anhand der Daten eines klinischen Krebsregisters untersucht.

Patienten und Methode:

Daten des regionalen klinischen Krebsregisters am Tumorzentrum Regensburg von Patientinnen, die im Zeitraum 1998-2013 die Diagnose eines Ovarialkarzinoms gestellt bekamen und ein Rezidiv entwickelten, wurden erfasst, aufbereitet und analysiert. Als Endpunkte wurde das therapieabhängige Überleben nach Rezidiv unter Nicht-Operierten und Operierten mittels Kaplan-Meier-Analysen und multivariablen Cox-Regressionsanalysen ermittelt.

Ergebnisse:

Der Überlebensvorteil der operierten und mit adjuvanter Chemotherapie behandelten Patienten konnte in der multivariablen Cox-Regressionsanalyse bestätigt werden (HR:0,162; 95%-KI: 0,094-0,279;  $p < 0,001$ ). Selbst eine alleinige Chemotherapie wirkt sich günstig auf das Gesamtüberleben aus (HR:0,430; 95%-KI: 0,256-0,723;  $p = 0,001$ ). Die günstigsten Überlebenszeiten im Rezidiv zeigten in der multivariablen Cox-Regressions-Analyse die Operierten und adjuvant mit Platin und Taxol behandelten Patienten mit einer medianen Gesamtüberlebenszeit von 53,4 Monaten (HR:0,118; 95%-KI: 0,058-0,242;  $p < 0,001$ ). Jedoch auch eine operative Therapie gefolgt von einer alleinigen insbesondere platinhaltigen Chemotherapie wirkt sich günstig auf das Gesamtüberleben aus (medianes OS für die Gruppe „Platin mono“ 34,2 Monate  $p < 0,001$  vs medianes OS 29,6 Monate in der Gruppe „andere Chemo“,  $p = 0,001$ ). Unter den im Rezidiv Nicht-Operierten Patienten wirkt sich in der multivariablen Analyse im Rezidiv eine platin- und taxolhaltige Kombinationstherapie am günstigsten auf die Überlebenszeit aus (Medianes OS 23,55 Monate HR:0,326; 95%-KI: 0,158-0,673;  $p = 0,002$ ).

Diskussion und Zusammenfassung:

Nach den S3-Leitlinien soll bei Patienten im Rezidiv eine Chemotherapie durchgeführt werden. Der positive Effekt einer Chemotherapie - insbesondere einer platin-basierten Kombinationstherapie - konnte in der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden. Auch eine operative Therapie im Rezidiv gefolgt von einer platin- und taxolhaltigen Chemotherapie erbrachte einen signifikanten Überlebensvorteil. Retrospektive Studien wie auch die vorliegende sprechen für den Nutzen einer operativen Therapie im Rezidiv. Es werden weitere Studien notwendig sein, um den Nutzen einer operativen Therapie für ein selektives Patientengut zu validieren.

Prof. Dr. med. Monika Klinkhammer-Schalke

GIBT ES EINEN VORTEIL DER LYMPHADENEKTOMIE FÜR DIE GESAMT- UND REZIDIVFREIE  
ÜBERLEBENSZEIT BEIM ENDOMETRIUMKARZINOM TYP I FIGO IB G1-2?  
EINE RETROSPEKTIVE BEVÖLKERUNGSBASIERTE KOHORTENANALYSE

*D. Hassas (1), T. Papatthemelis (2), M. Gerken (1), S. Scharl (3), A. Scharl (2), M. P. Lux (4),  
M. W. Beckmann (4), O. Ortmann (5), M. Klinkhammer-Schalke (1)*

- (1) Tumorzentrum Regensburg – Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg  
(2) Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinikum St. Marien Amberg  
(3) Klinik und Poliklinik für RadioOnkologie und Strahlentherapie im Klinikum rechts der Isar,  
Technische Universität München (TUM), München  
(4) Gynäkologisches Universitäts-Krebszentrum Franken, Frauenklinik, Universitätsklinikum Erlangen,  
CCC Erlangen-EMN, Friedrich-AlexanderUniversität Erlangen  
(5) Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Lehrstuhl der Universität Regensburg,  
Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg

Einleitung:

Die empfohlene Therapie für Patientinnen mit Typ I FIGO IB Endometriumkarzinom ist die Hysterektomie und die Adnexektomie. Die therapeutischen Vorteile einer zusätzlichen Becken- und Paraaortal-Lymphknotendisektion (LND) werden jedoch noch diskutiert. In dieser Studie untersuchten wir retrospektiv das Gesamtüberleben (OAS) und das rezidivfreie Überleben (RFS) bei Patientinnen mit Endometriumkarzinom Typ I FIGO IB, die sich einer systematischen oder elektiven Lymphadenektomie unterzogen haben im Vergleich zu Patientinnen ohne LND.

Patienten und Methoden:

Wir haben 299 Patienten aus der Registerdatenbank des Tumorzentrum Regensburg in die Untersuchung einbezogen, bei denen zwischen 1998 und 2015 ein endometriales Adenokarzinom des Uterus Typ I FIGO IB diagnostiziert wurde. Es wurde eine multivariable Cox-Regression auf die ausgewählten Patientendaten angewendet und die Hazard Ratios für OAS und RFS für die durchgeführten Interventionen geschätzt. Des Weiteren haben wir Risikoanpassungen in Bezug auf klinisch-pathologische Parameter vorgenommen.

Ergebnisse:

Wir beobachteten signifikante Vorteile von LND in der univariablen Überlebensanalyse ohne Risikoanpassung. Wir haben diesen Effekt jedoch nicht in der multivariablen Regressionsanalyse nach Risikoanpassung bestätigt gesehen. In diesem Fall reduzierte sich die Hazard Ratio (HR) für OAS bei Patienten ohne LND im Vergleich zu Patienten mit LND auf 1,214 (95% CI 0,771–1,911;  $p = 0,402$ ), die HR für RFS auf 1,059 (95% CI 0,689–1,626;  $p = 0,795$ ). Ebenso konnte ein Nutzen systematischer gegenüber elektiver LND nach Risikoanpassung nicht mehr bestätigt werden.

Diskussion und Zusammenfassung:

Im Gegensatz zu früheren Beobachtungen bei Patientinnen mit hochgradigem Endometriumkarzinom liefert unsere Studie überzeugende Beweise dafür, dass LND, insbesondere die systematische Lymphadenektomie, bei Patienten mit Typ I FIGO IB Endometriumkarzinom hinsichtlich Gesamt- und rezidivfreiem Überleben nicht von Vorteil ist.

Prof. Dr. med. Monika Klinkhammer-Schalke

Tumorzentrum Regensburg – Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung

Universität Regensburg

Am BioPark 9

93053 Regensburg

Tel.: 0941/943-1803

E-Mail: [monika.klinkhammer-schalke@ur.de](mailto:monika.klinkhammer-schalke@ur.de)

## EINFLUSS DES LYMPHKNOTENSTATUS UND DER BEHANDLUNGSSTRATEGIE AUF DAS GESAMTÜBERLEBEN BEI GEBÄRMUTTERHALSKREBS IM FORTGESCHRITTENEN STADIUM

*S. Knobloch (1), T. Papatthemelis (2), M. Gerken (1),  
A. Scharl (2), M. Anapolski (3), A. Ignatov (4), O. Ortman (4),  
S. Scharl (5), M. Klinkhammer-Schalke (1)*

(1) Tumorzentrum Regensburg – Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg

(2) Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinikum St. Marien Amberg

(3) Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kreiskrankenhaus Dormagen,  
Universität Witten-Herdecke

(4) Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Lehrstuhl der Universität Regensburg,  
Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg

(5) Klinik und Poliklinik für RadioOnkologie und Strahlentherapie im Klinikum rechts der Isar,  
Technische Universität München (TUM), München

### Einleitung:

Das Fehlen von Prognosedaten behindert die Implementierung einer optimalen Therapie für Gebärmutterhalskrebs. Die empfohlene Therapie für FIGO IIB-Gebärmutterhalskrebs ist beispielsweise eine radikale Hysterektomie oder Radiochemotherapie. Da eine Operation mit einer höheren Morbidität verbunden ist, haben wir das Gesamt- und rezidivfreie Überleben nach verschiedenen Therapien und Therapiekombinationen bei Patientinnen mit oder ohne befallene Lymphknoten anhand der Daten eines klinischen Krebsregisters in einer retrospektiven Kohortenstudie untersucht.

### Patienten und Methode:

Das Register des Tumorzentrum Regensburg dokumentierte zwischen 2002 und 2015 389 Patientinnen mit Zervixkarzinom in den FIGO-Stadien IIB, IIIA, IIIB und IVA. Die Ergebnisse der Kaplan-Meier Analysen wurden jeweils in 5- Jahres Überlebens- bzw. Rezidivwahrscheinlichkeiten sowie der medianen Überlebenszeit angegeben. Wir schätzten die Hazard Ratios (HR) für das Gesamtüberleben nach verschiedenen Therapien mit univariabler und multivariabler Cox-Regression zur Risikoadjustierung.

### Ergebnisse:

Unsere Analyse zeigte signifikante Unterschiede für das Gesamtüberleben in FIGO IIB in Abhängigkeit von Therapie und Nodalstatus. Das Gesamtüberleben war mit einer Radiochemotherapie ohne Operation für Patientinnen mit N0 im Vergleich zu einer Kombination von Operation und Radiochemotherapie niedriger (HR = 3,012; 95% CI 1,075 - 8,441; p = 0,036). Bei befallenen Lymphknoten (N1) führte die Radiochemotherapie ohne Operation jedoch zu einem vergleichbaren Ergebnis (HR = 0,808; 95% CI 0,189 - 3,403; p = 0,765), während die Operation allein zu einem schlechten Ergebnis führte (HR = 2.889; 95% CI 1.356 - 6.156; p = 0,006). Unabhängig vom Nodalstatus war die Chemotherapie bei Gebärmutterhalskrebs im fortgeschrittenen Stadium (FIGO III) der Operation überlegen.

Diskussion und Zusammenfassung:

Unsere Studie weist darauf hin, dass FIGO IIB-Patientinnen mit Gebärmutterhalskrebs im Hinblick auf das onkologische Langzeitergebnis von einer Kombination aus Operation und Radiochemotherapie profitieren. Bei einem Lymphknotenbefall bringt die Operation der Patientin jedoch keinen wesentlichen Vorteil. Im fortgeschrittenen Stadium FIGO III zeigt die Chemotherapie die besten Ergebnisse.

Prof. Dr. med. Monika Klinkhammer-Schalke

Tumorzentrum Regensburg – Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung

Universität Regensburg

Am BioPark 9

93053 Regensburg

Tel.: 0941/943-1803

E-Mail: [monika.klinkhammer-schalke@ur.de](mailto:monika.klinkhammer-schalke@ur.de)

## AUSWERTBARKEIT UND AUSSAGEFÄHIGKEIT DER QUALITÄTSKONFERENZDATEN ZUM NIERENKARZINOM

*G. Wegener, A.F. Schmidt*

Klinisches Krebsregister der  
Medizinischen Hochschule Hannover

### Einleitung

Das Auswertungsteam der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) hat inzwischen die 7. Bundesweite Onkologische Qualitätskonferenz mit großem Erfolg durchgeführt.

### Material und Methoden

Es wurden Daten der Qualitätskonferenz von 114.722 Patienten mit Nierenkarzinomen der Jahre 2000-2016 aus insgesamt 33 klinischen Krebsregistern in 14 Bundesländern ausgewertet.

Hinsichtlich einiger Daten der Basisdokumentation wird die Vollständigkeit in verschiedenen Registern, selbstverständlich ohne diese namentlich zu nennen, und im Verlauf der Zeit analysiert.

### Ergebnisse

Insgesamt zeigt sich über die Jahre eine Verbesserung der Auswertbarkeit. Einige Register haben sich diesbezüglich erheblich gesteigert, andere jedoch leider nicht.

### Diskussion

Nur mit hinreichender Vollständigkeit werden die Daten letztendlich zu belastbaren Analysen der Versorgungssituation von Tumorpatienten führen. Obwohl schon einiges erreicht wurde, besteht nach wie vor Verbesserungsbedarf.

Dr. Gerd Wegener

Anja Franziska Schmidt

Medizinische Hochschule Hannover

Tumorzentrum (8850)

Carl-Neuberg-Straße 1

30625 Hannover

E-Mail: [Wegener.Gerd@MH-Hannover.de](mailto:Wegener.Gerd@MH-Hannover.de)

E-Mail: [Schmidt.AnjaFranziska@MH-Hannover.de](mailto:Schmidt.AnjaFranziska@MH-Hannover.de)

## KOPF-HALS-TUMORZENTRUM DER CHARITÉ

*St. Sander*

Klinisches Krebsregister der Charité, Berlin

Einleitung

Seit 2012 existiert das Kopf-Hals-Tumorzentrum (KHT) im Charité Comprehensive Cancer Center (CCCC) mit seinen drei Standorten CCM, CVK und CBF. Somit kann auf eine große Anzahl von Daten zurückgegriffen werden.

Die Inhomogenität der einzelnen Subentitäten machen das Thema Kopf-Hals-Karzinomen, vor allem Diagnosedaten und Primärtherapie, besonders interessant.

Material und Methoden

Ausgewertet wurde eine Kohorte von 3924 Patienten mit Kopf-Hals-Karzinomen mit Lokalisation Mundhöhle bis Larynx bezüglich Lokalisation, Geschlecht, Alter, UICC-Stadium, T-Deskriptor, N-Deskriptor, extrakapsuläres Wachstum (ECS), Grading, Primärtherapie einschließlich adjuvante Therapie, p16-Status, Histologie sowie Raucherstatus einschließlich des Gesamtüberlebens abhängig von einigen soeben genannten Merkmalen.

Dabei flossen grundsätzlich alle im KHT behandelte Patienten in die Analyse ein, nicht nur Primärfälle nach DKG-Definition.

Ergebnisse

Die Daten decken sich grundsätzlich mit denen vom RKI, jedoch konnten einige interessante Subgruppenunterschiede bezüglich Geschlechts- und Altersverteilung entdeckt werden. Auffällig war unter anderem ein hoher Anteil an Mundhöhlenkarzinomen, eine etwas jüngere Patientenpopulation sowie das Ergebnis des Nutzens der adjuvanten Therapie bei high-risk-Larynxkarzinompatienten.

Diskussion

Es sind weitere Auswertungen auf Landesebene (Region Berlin-Brandenburg) notwendig, insbesondere bzgl. der adjuvanten Therapie bei high-risk-Larynxkarzinompatienten.

Ein organspezifisches Modul als Erweiterung des Onkologischen Basisdatensatzes ist wünschenswert und wird derzeit durch die Akteure des KHT der Charité erarbeitet.

Zusammenfassung

Es existieren zum Teil große Heterogenität zwischen den einzelnen Subentitäten bezüglich Inzidenz, Alter bei Diagnose, Stadium und dem Gesamtüberleben. Die Auswertung der Primärtherapie sollte immer im Hinblick auf die bessere Prognose von operablen Tumoren betrachtet werden.

*Steffen Sander*

Klinisches Krebsregister, Charité Comprehensive Cancer Center (CCCC)

Charité Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Mitte

Invalidenstr. 80

10115 Berlin

Tel.: 030/450 664628

E-Mail: [steffen.sander@charite.de](mailto:steffen.sander@charite.de)

## AUSWERTEPOTENZIAL VON REGISTERDATEN ZUM MALIGNEN MELANOM

*O. Schoffer (1), M. Rößler (1), J. Schmitt (1)*

(1) Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum und  
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus an der TU Dresden

### Einleitung

Die Daten deutscher Krebsregister stellen eine wichtige Grundlage zur Ermittlung klinischer und epidemiologischer Kennzahlen für Krebserkrankungen dar und bieten darüber hinaus die Möglichkeit zur Analyse zahlreicher patientenspezifischer Merkmale. Dieser Beitrag nimmt die Auswertepotentiale deutscher Krebsregisterdaten zum malignen Melanom in den Blick. Zusätzlich werden Unterschiede bezüglich der Dokumentation von Krebsregisterdaten, sowie die Auswirkungen unterschiedlicher Handhabungen fehlender Werte auf die Ergebnisse statistischer Analysen dargestellt.

### Material und Methoden

Die dargestellten Ergebnisse basieren auf Auswertungen von Daten 16 deutscher Krebsregister, welche für den Deutschen Krebsskongress 2018 durchgeführt wurden. Mit deskriptiven statistischen Methoden dargestellt und diskutiert werden u.a. Angaben zu soziodemographischen Merkmalen wie Alter und Geschlecht, Histologie- und Lokalisationsangaben, Therapiemaßnahmen sowie die räumliche Verteilung von Patienten anhand von Postleitzahlen. Des Weiteren werden die Ergebnisse von Überlebenszeitanalysen mittels Kaplan-Meier-Schätzungen und Cox-Regressionen präsentiert.

### Ergebnisse

Auf Basis der Krebsregisterdaten zum malignen Melanom können eine Vielzahl relevanter Merkmale wie die Verteilung von UICC-Stadien, Lokalisations- und Histologieangaben sowie Therapiemaßnahmen abgebildet werden. Dies beinhaltet alters- und geschlechtsspezifische Auswertungen sowie Analysen zeitlicher Veränderungen. Häufige Fehlwerte liegen insbesondere bei Angaben zum Hautkrebscreening, zur Zentrumsbehandlung, zur Therapieform (Chemo-/Immuntherapie) sowie zur Tumordicke vor. Verschiedener Umgang mit fehlendem Vitalstatus im Rahmen von Überlebenszeitanalysen kann sich in unterschiedlichen erzielten Schätzwerten widerspiegeln.

### Diskussion und Zusammenfassung

Die Daten deutscher Krebsregister zum malignen Melanom verfügen über ein hohes Auswertepotenzial in Hinblick auf eine Vielzahl klinisch und epidemiologisch relevanter Fragestellungen. In Bezug auf einzelne Merkmale ist hierbei die Abhängigkeit der Ergebnisse vom Umgang mit fehlenden Werten zu berücksichtigen. Optimierungen hinsichtlich der Dokumentation haben erhebliches Potenzial, die Validität der Ergebnisse statistischer Analysen zu verbessern.

Dr. Olaf Schoffer

Zentrum für evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV)  
Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
der Technischen Universität Dresden  
Fetscherstraße 74  
01307 Dresden  
Tel.: 0351/458 6494  
E-Mail: [olaf.schoffer@uniklinikum-dresden.de](mailto:olaf.schoffer@uniklinikum-dresden.de)



## 8. ONKOLOGISCHE QUALITÄTSKONFERENZ 2020

*K. Kleihues-van Tol,*

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V.

### Einleitung

Onkologische Qualitätskonferenzen sind Instrumente zur Qualitätssicherung in der Versorgung von Krebskranken. Sie basieren auf Auswertungen anonymisierter Daten aus klinischen Krebsregistern. Die Daten beziehen sich auf Krebserkrankungen, Therapiearten, Krankheitsverläufe und Überlebenszeiten.

### Material und Methoden

Bundesweit werden die Daten der Klinischen Krebsregister seit 2006 alle 2 Jahre von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren hinsichtlich der Versorgung der Patienten ausgewertet und im Rahmen des Deutschen Krebskongresses in Berlin in einer bundesweiten Onkologischen Qualitätskonferenz dargestellt.

Auf dem 33. Deutschen Krebskongress 2018 konnte die Versorgung von 8 Tumorentitäten aus 15 Bundesländern anhand von über 2 Mio. Patientendaten gemeinsam aufgezeigt werden.

Neben Lungen-, Prostata-, Mamma-, Nierenzell-, Zervix-, Ösophagus-, Magen-, Kolorektalen Karzinom und Malignen Melanom werden erstmals auf der bereits 8. Onkologischen Qualitätskonferenz auch Sarkome, Pankreas- und Vaginakarzinom ausgewertet. Bei dieser Sammlung werden zunehmend auch die neu entstandenen § 65c Landesregistern teilnehmen.

Die abgefragten Daten sind für alle Entitäten auf der Grundlage der einzelnen Items des Basisdatensatzes vereinheitlicht worden. Dazu gibt es einen verbesserten Algorithmus zur Detektion von Dubletten, die auf der Kombination von Einzelfeldersuche fußt. Im Vordergrund der Auswertung wird die Analyse der Umsetzung empfohlener Qualitätsindikatoren der Leitlinien in der Versorgung stehen. Dies wird nach dem jeweils gültigen Zähler und Nenner dargestellt. Erwartet werden ca. 3 Mio. Datensätze.

### Ergebnisse

Die Datensätze werden von der ADT zusammen mit den Auswerteteams auch aus einzelnen § 65c Landesregistern verarbeitet, ausgewertet und auf dem 34. Deutschen Krebskongress im Februar 2020 präsentiert. Zudem erfolgen weitere organspezifische Darstellungen, die neben geltenden Leitlinienempfehlungen auch zur Zeit bedeutsame Fragestellungen aufzeigen werden. Die Darstellung der Versorgung wird von klinischen Vertretern der jeweiligen Fachgesellschaften vorgetragen.

### Diskussion

Wenn sich zukünftig alle klinischen Krebsregister nach §65c an den Qualitätskonferenzen beteiligten, könnten flächendeckende Aussagen zur Versorgungssituation von an Krebs erkrankten Menschen in Deutschland aufgezeigt werden.

Kees Kleihues-van Tol

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. (ADT)

Kuno-Fischer-Str. 8

14057 Berlin

Tel.: 030/31999222

E-Mail: kleihuesvantol.adt@tumorzentren.de

## ZERTIFIKAT "TUMORDOKUMENTAR/IN" UND FORTBILDUNG IN DER TUMORDOKUMENTATION

*B. Franke (1), U. Altmann (2)*

(1) Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. (ADT) , Berlin,  
(2) Institut für Medizinische Informatik der Justus–Liebig-Universität Gießen

### Einleitung

Nach Inkrafttreten des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes (KFRG) erfolgte die flächendeckende Einrichtung klinischer Krebsregister in Deutschland. Für deren Arbeit wurde und wird weiterhin gut ausgebildetes Fachpersonal benötigt. Die ADT unterstützt zusammen mit der Gesellschaft der Epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Dokumentierenden in der Tumordokumentation mit einer 20-tägigen Fortbildungsveranstaltungsreihe.

### Material, Methoden und Ergebnisse

Die Basis der Veranstaltungen bildet ein Fortbildungskonzept, das von der Arbeitsgruppe Fortbildungskonzept in Form eines Curriculums entwickelt wurde.

Bereits 2015 wurden mehrtägige Grundlagenfortbildungen von der ADT organisiert und etabliert, die seither mehrfach und aus logistischen Gründen meistens in Berlin stattfanden. In diesen Fortbildungen – dem jetzigen sogenannten Grundlagenmodul - werden die Inhalte der Tumordokumentation sehr kompakt und zunehmend mit Übungen vermittelt.

Seit 2018 wurden die Grundlagenfortbildungen um weitere spezifische Module, z. B. zu Organen oder anderen Themen, ergänzt, so dass insgesamt ca. 20 Fortbildungstage angeboten werden. Ziel ist es, ergänzend zu bereits bestehenden individuellen Kompetenzen, die theoretischen Kenntnisse zu erwerben bzw. zu vertiefen.

Nach dem Besuch der Fortbildungsveranstaltungsreihe wird eine Prüfung angeboten, mit deren Bestehen und bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen das Zertifikat „Tumordokumentar/in“ erworben werden kann.

2017 wurde eine Zertifikatskommission von der ADT initiiert, die aus Mitgliedern der ADT, der GEKID und dem Fachverband für Dokumentation und Informationsmanagement in der Medizin (DVMD) besteht, die das Zertifikat entwickelt. Es soll gewährleisten, dass dessen Inhaber Fähig- und Fertigkeiten in den erforderlichen Kompetenzbereichen der Tumordokumentation besitzt. Dementsprechend müssen zusätzlich zur Fortbildung einschlägige Berufsausbildungen oder –erfahrungen nachgewiesen werden.

Das Zertifikat soll es potentiellen Arbeitgebern ermöglichen, die Kompetenzen eines Bewerbers besser einzuschätzen und mittel- bis langfristig die Anerkennung der Arbeit der Tumordokumentierenden stärken.

**Bianca Franke**

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. (ADT)

Kuno-Fischer-Str. 8

14057 Berlin

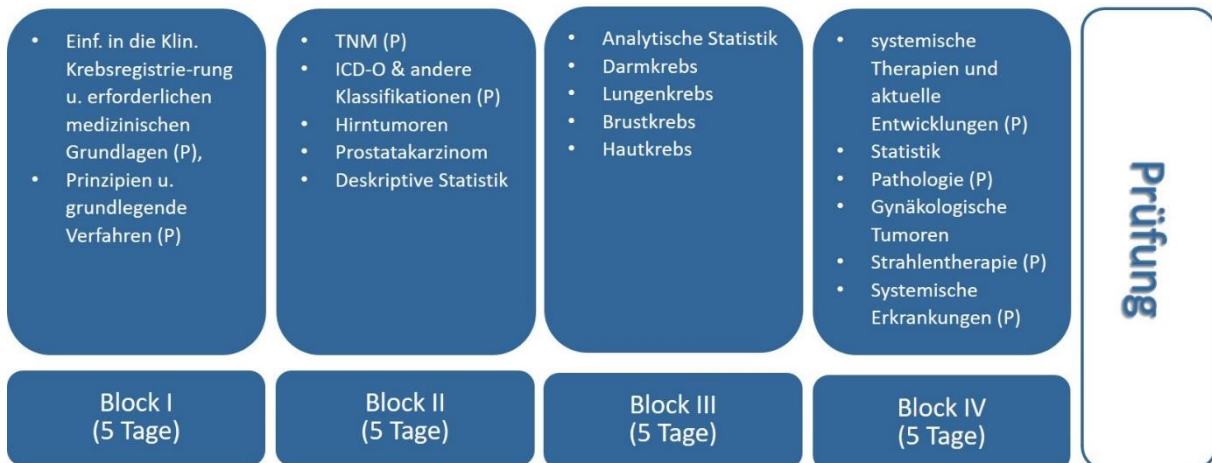
Tel.: 030/32678727

E-Mail: [franke.adt@tumorzentren.de](mailto:franke.adt@tumorzentren.de)



Zertifikat Tumordokumentar/in (ADT/DVMD/GEKID)

20 – tägige Fortbildungsreihe (P) – Pflicht im Rahmen des Zertifikat



Unsere nächsten Fortbildungsveranstaltungen in der Tumordokumentation finden in Berlin statt am

25. - 29.11.2019	Block I
17.12.2019	Prüfung Zertifikat „Tumordokumentar/in“
27. - 31.01.2020	Block III
20. - 24.04.2020	Block II
11. - 15.05.2020	Block IV

Weitere Informationen unter

[www.tumorzentren.de](http://www.tumorzentren.de)

oder hier



## ERSTELLUNG EINES MUSTERRÜCKMELDEBERICHTS AN MELDER

*Kerstin Weitmann (1), Constanze Schneider (2), Uta Stötzer (3)*

(1) Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und  
Community Health, Universitätsmedizin Greifswald

(2) Klinisches Krebsregister für Brandenburg und Berlin gGmbH, Cottbus

### Einleitung

Klinische Krebsregister, die in allen Bundesländern auf bundesgesetzlicher Grundlage (§ 65c SGB V) arbeiten, erfassen nicht nur Daten des gesamten Krankheitsverlaufes von Tumorpatientinnen und –patienten, sondern melden auch Auswertungsergebnisse an die meldenden Ärztinnen und Ärzte zurück. Das ist zum einen intrinsisches Interesse der Register, trägt zur Verbesserung der Datenqualität bei und erhöht die Akzeptanz der Register. Zum anderen ist es für die Register verpflichtend, da ihre Förderfähigkeit an den jährlichen Nachweis von insgesamt 43 Förderkriterien gebunden ist. Eines dieser Förderkriterien, Förderkriterium 3.02 fordert, den Meldenden regelmäßig aggregierte tumorspezifische Auswertungen zur Verfügung zu stellen. Vertreterinnen und Vertreter der Klinischen Krebsregister aus Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg/ Berlin haben gemeinsam Inhalte erarbeitet, mit Ärztinnen und Ärzten aus beiden Ländern diskutiert und die Berichte entsprechend angepasst. Ziel war es, regelmäßige Rückmeldeberichte zu erstellen, die den Meldenden relevante, in der Versorgung von Patientinnen und Patienten nutzbare Informationen liefern.

### Material und Methoden

Es wurden unterschiedliche Arten von Rückmeldeberichten gemeinsam mit den Adressaten erarbeitet, ein Rückmeldebericht für eine Klinik, ein Rückmeldebericht für eine onkologische Praxis sowie ein Rückmeldebericht für eine strahlentherapeutische Praxis.

### Ergebnisse

Im Ergebnis sind Berichte entstanden, die aus Sicht der beteiligten Melderinnen und Melder sinnvoll und nutzbar sind, aber auch noch weiterentwickelt werden können.

### Diskussion

Die vorgestellten Berichte können von anderen Registern nachgenutzt werden. Es wird angestrebt, dass die vorgestellten Berichte in einer Basisversion automatisiert aus den entsprechenden Tumordokumentationssystemen erstellt werden können. Eine entsprechende Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Registervertreterinnen aus zwei weiteren Bundesländern hat sich bereits gegründet.

### Zusammenfassung

Die Rückmeldung von Auswertungsergebnissen an meldende Ärztinnen und Ärzte ist absolut sinnvoll und demonstriert, dass klinische Krebsregister keine Einbahnstraße sind. Die zurückgemeldeten Ergebnisse sollten im Versorgungsalltag nutzbar sein und den Meldenden einen Erkenntnisgewinn bringen.

## Literatur

[1] Kriterien zur Förderung klinischer Krebsregister des GKV-Spitzenverbandes Bund vom 20.12.2013 gemäß § 65c SGB V (KFRG)

### Autoren:

[1] Dr. rer. med. Kerstin Weitmann

Institut für Community Medicine  
Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health  
Universitätsmedizin Greifswald  
Ellernholzstr. 1-2  
17487 Greifswald  
Tel.: 03834/86 7772  
E-Mail: kerstin.weitmann@uni-greifswald.de

[2] Dr. med. Constanze Schneider

Klinisches Krebsregister für Brandenburg und Berlin gGmbH  
Registerstelle Neuruppin  
c/o Ruppiner Kliniken GmbH  
Haus R  
Fehrbelliner Str. 38  
16816 Neuruppin  
Tel. 0355/49493 – 400 (401)  
E-Mail: Constanze.Schneider@kkrbb.de

[3] Dr. med. Uta Stötzer

Klinisches Krebsregister für Brandenburg und Berlin gGmbH  
Registerstelle Berlin  
Potsdamer Str. 182  
10783 Berlin  
Tel.: 030/21993 201  
E-Mail: uta.stoetzer@kkrbb.de

Ein einheitliches Rückmeldekonzept ist auch Thema bei



→ Siehe S. 51

## WIRKSAMKEIT DER VERSORGUNG IN ONKOLOGISCHEN ZENTREN (WiZen) – STUDIENDESIGN UND ERSTE ERGEBNISSE DES VOM INNOVATIONSFONDS GEFÖRDERTEN PROJEKTES

*O. Schoffer (1), M. Gerken (2), P. Lindberg-Scharf (2),  
V. Bierbaum (1), C. Forkert (1), R. Wurlitzer (3), P. Dröge (4), A. Klöss (4),  
C. Günster (4), J. Schmitt (1), M. Klinkhammer-Schalke (2,3)*

(1) Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Dresden;  
(2) Tumorzentrum Regensburg, Regensburg; (3) Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V., Berlin; (4) Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin

### Einleitung:

Tumorerkrankungen stellen in Deutschland die zweithäufigste Todesursache dar; die Zahl der Erkrankten steigt bei gleichzeitiger Zunahme innovativer Therapiemöglichkeiten. Der Nationale Krebsplan sieht zur Qualitätssicherung eine einheitliche Zertifizierung von Krebszentren vor, um eine hohe Struktur- und Prozessqualität zu gewährleisten. Bisher wurden die Effekte von Behandlungen in zertifizierten Zentren nicht flächendeckend untersucht. In Studien zu Brust- und Darmkrebs konnten Assoziationen bezüglich einer verbesserten Überlebensrate der in zertifizierten Häusern behandelten Patienten gezeigt werden. Im vom Innovationsfonds geförderten Projekt „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“ (WiZen) soll überprüft werden, ob die Versorgung in onkologischen Zentren auch bundesweit und für weitere Krebsentitäten hinsichtlich ausgewählter Ergebnisparameter überlegen ist.

### Material und Methoden:

In einer retrospektiven vergleichenden Kohortenstudie werden anhand von Daten regionaler Klinischer Krebsregister (Dresden, Erfurt, Regensburg, Berlin-Brandenburg) sowie von bundesweiten Krankenkassendaten von AOK-Versicherten inzidente Fälle mit Mamma-, Bronchial-, Prostata-, Pankreas- und kolorektalem Karzinom sowie gynäkologischen, Kopf-Hals-, und neuroonkologischen Tumoren im Zeitraum 2006-2017 analysiert. Überlebensraten (30 Tage bis 5 Jahre) und weitere entitätsspezifische Outcomes in Abhängigkeit von einer Behandlung in einem Krebszentrum oder außerhalb von Zentren werden mittels Survival- und Mehrebenenanalysen verglichen.

### Ergebnisse:

Für das Kolon- und Rektumkarzinom sowie das Pankreaskarzinom werden erste Analysen auf Basis der Daten Klinischer Krebsregister vorgestellt. Aufgrund der bundesweiten Datenerfassung liegen hohe Fallzahlen insbesondere für Krebsarten mit hoher Inzidenz vor. Primär werden Unterschiede zwischen der Überlebensverteilung, den 1- und 5-Jahres-Überlebensraten sowie der 30-Tage Mortalität in zertifizierten Zentren im Vergleich zu nicht zertifizierten Kliniken geschätzt. Es wird skizziert, inwiefern der Schweregrad der Erkrankung auf die AOK-Routinedaten übertragen werden kann, welcher in GKV-Routinedaten nicht explizit erfasst ist.

### Diskussion und Zusammenfassung:

Das Projekt ist in dieser Form bisher in seiner Größe, Komplexität und Datenbasis einmalig für Deutschland. Die Breite der Datenbasis, die methodischen Stärken von Routinedatenanalysen und die gleichzeitige Analyse von umfangreichen Daten Klinischer Krebsregister und von AOK-Routinedaten lassen jedoch belastbare neue Evidenz zur medizinischen Versorgung von Tumorerkrankungen erwarten.

Weiterhin wird die Studie Aufschluss über zahlreiche weitere Fragen der onkologischen Versorgungsforschung bieten. Beispiele hierfür sind die Implementierung von Paradigmenwechseln und Innovationen in der Praxis der Tumorversorgung sowohl in zertifizierten Zentren als auch in nicht zertifizierten Kliniken.

Dr. Olaf Schoffer

Zentrum für evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV)

Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum

Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Fetscherstraße 74

01307 Dresden

Tel.: 0351/458 6494

E-Mail: [olaf.schoffer@uniklinikum-dresden.de](mailto:olaf.schoffer@uniklinikum-dresden.de)

METHODEN ZUR ANONYMISIERTEN VERKNÜPFUNG KLINISCHER  
KREBSREGISTERDATEN MIT KRANKENKASSENDATEN

*Richard Wurlitzer<sup>1</sup>, Olaf Schoffer<sup>2</sup>, Veronika Bierbaum<sup>2</sup>, Christoph Forkert<sup>2</sup>,  
Michael Gerken<sup>3</sup>, Patrik Dröge<sup>4</sup>, Andreas Klöss<sup>4</sup>, Christian Günster<sup>4</sup>,  
Jochen Schmitt<sup>2</sup>, Monika Klinkhammer-Schalke<sup>1,3</sup>*

(1) Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V.

(2) Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum und  
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

(3) Tumorzentrum Regensburg - Institut für Qualitätssicherung und  
Versorgungsforschung der Universität Regensburg

(4) Wissenschaftliches Institut der AOK

### Einleitung

Tumorerkrankungen zählen zu den häufigsten Todesursachen in der Bundesrepublik Deutschland. Klinische Kranken- und Verlaufsdaten von an Krebs erkrankten Patienten wurden schon in der Vergangenheit in Teilen Deutschlands erfasst. Das In-Kraft-Treten des „Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz“ (KFRG) am 09.04.2013 legte nun auch den Grundstein für eine bundesweit-einheitliche und gesetzlich-verpflichtende Erfassung und Meldung klinischer Krankendaten. Durch Verwendung dieser Informationen, sowie mit Hilfe zusätzlicher Daten innerhalb interoperabler Kooperationsprojekte können medizinisch-relevante Fragestellungen mit dem Ziel einer besseren Patientenversorgung beantwortet werden.

### Material und Methoden

Im Rahmen des vom Innovationsfond geförderten Projektes „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“ (WiZen) sollen Daten klinischer Krebsregister (Dresden, Erfurt, Regensburg, Berlin-Brandenburg) mit bundesweiten Krankenkassendaten von AOK-versicherten Patienten zusammengeführt und ausgewertet werden. Aufgrund datenschutzrechtlicher Vorgaben ist eine Verwendung von Daten im Klartextformat nicht möglich. Aus diesem Grund werden verschiedene Ansätze zur Etablierung eines deterministischen und probabilistischen Datenlinkages untersucht. Ziel des deterministischen Datenlinkages wird die eindeutige Verknüpfung von Informationen eines anonymen Patienten aus verschiedenen Informationsquellen sein. Grundlage des probabilistischen Datenlinkages bilden mehrere Linkage-Variablen (z.B. Alter, Geschlecht, Herkunft), die aufgrund ihrer Kombination eine möglichst eindeutige Verlinkung der Informationen eines Patienten aus verschiedenen Quellen ermöglicht. Vorgesehen ist die Automatisierung der jeweiligen Prozesse.

### Ergebnisse

Bis zur Einreichung des Abstracts lagen die Daten zur Evaluation der entwickelten Methoden noch nicht vor. Nach der Datenlieferung durch die Krebsregister wird die Effizienz verschiedener Varianten des deterministischen und probabilistischen Datenlinkages dargestellt. Zu erwarten ist, dass aufgrund der teils heterogenen Datenstrukturen ein deterministisches Datenlinkage schwerer zu realisieren sein wird als ein probabilistisches, dieses andererseits aber auch eine aussagekräftigere Verlinkung ermöglicht.



### Diskussion

Durch die Verwendung interoperabler Datenschnittstellen in der Medizin können die Stärken zweier verschiedener Datenbestände genutzt und zur Beantwortung medizinisch-relevanter Fragestellungen verwendet werden. Das im WiZen-Projekt entworfene Datenlinkage soll einen Beitrag zur Nutzung klinischer Krebsregisterdaten leisten. Hierbei müssen allerdings mögliche Fehlzuordnungen im Falle von probabilistischen Linkage-Methoden, sowie das Vorhandensein von teils kleinen Fallzahlen berücksichtigt werden.

### Zusammenfassung

Die Verlinkung klinischer Krebsregisterdaten im Zuge von interoperablen Kooperationsprojekten sind essenziell zur Beantwortung medizinisch-relevanter Fragestellung im Bereich der Versorgungsfor-schung und Qualitätssicherung. Im Zuge dieser Arbeiten können verschiedene Methoden evaluiert werden anonymisierte Daten mehrerer Informationsquellen zusammenzuführen.

Richard Wurlitzer

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V.  
Kuno-Fischer-Straße 8  
14057 Berlin  
Tel.: 030/30111128  
E-Mail: [wurlitzer.adt@tumorzentren.de](mailto:wurlitzer.adt@tumorzentren.de)

## ICD-11 - STRUKTUR UND ABBILDUNG DER ONKOLOGIE

*K. Reichhold, U. Altmann*

Institut für Medizinische Informatik der Justus-Liebig-Universität, Gießen

### Einleitung

Die 72. Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly, WHA) hat am 25.05.2019 die 11. Revision der ICD verabschiedet [1]. Laut der Pressemitteilung des DIMDI wird die ICD 11 am 1. Januar 2022 in Kraft gesetzt, und erst nach einer Übergangszeit von 5 Jahren sollen die Todesursachen ausschließlich mit der ICD 11 kodiert werden. Für Deutschland seien noch keine konkreten Termine bekannt. Es würden allerdings bereits mehrere Arbeitsgruppen zu Umsetzung und Auswirkung im deutschen Gesundheitssystem arbeiten.

### Material und Methoden

Die verfügbaren Materialien wurden gesichtet. Es erfolgt eine Darstellung der Struktur und, anhand einiger Beispiele, des Potentials für die Krebsregistrierung.

### Ergebnisse

Aufgrund der neuen Architektur ergeben sich neue Möglichkeiten. Es bleibt abzuwarten wie die sogenannten Linearisierungen für die Morbiditätscodierung aussehen werden. Grundsätzlich ist ein Potential für eine wesentlich detaillierte ICD-Codierung, die inhaltlich auch eine Morphologiecodierung umfassen kann, erkennbar.

### Zusammenfassung

Es ist daher für die Krebsregister erforderlich, sich bereits jetzt zu informieren und sich ggf. in Beratungsprozesse einzubringen.

### Literatur

[1] <https://www.dimdi.de/dynamic/de/das-dimdi/aktuelles/meldung/ICD-11-von-der-WHA-verabschiedet/>

Kerstin Reichhold

Institut für Medizinische Informatik

Rudolf-Buchheim-Straße 6

35392 Gießen

Tel. 0641/99 41380

E-Mail: [Kerstin.Reichhold@informatik.med.uni-giessen.de](mailto:Kerstin.Reichhold@informatik.med.uni-giessen.de)

## BLICK AUF DEN REGISTERÜBERGREIFENDEN DATENAUSTAUSCH AUS DER MITTE DEUTSCHLANDS

*K. Bernhardt, A. Sackmann, S. Gawrich, M. Rapp*

Hessisches Krebsregister

### Hintergrund:

Die landesweiten Krebsregister haben insbesondere folgende Aufgaben: Die Versorgung aller an Krebs Erkrankten zu erfassen, sie sektorenübergreifende Qualitätssicherung zu unterstützen, die erfassten Daten strukturiert an die Leistungserbringer zurückzumelden, Auswertungen zur onkologischen Versorgung durchzuführen und zugänglich zu machen (vgl. SGB V, §65c Abs. 1).

Zur Erfüllung dieser Aufgaben ist es notwendig, die Daten der Patientinnen und Patienten zu Diagnose, Behandlung und Verlauf über einen möglichst langen Nachbeobachtungszeitraum zu vervollständigen. Um auch Betroffene, die während dieses Zeitraums in verschiedenen Bundesländern vorstellig werden, einbeziehen zu können, ist die Vernetzung aller Landesregister unabdingbar. Diese ist im KFRG durch den registerübergreifenden Datenaustausch (RüD) als eine weitere Aufgabe der Krebsregister verankert. Der RüD stellt sicher, dass die erfassten Daten des jeweiligen Behandlungsorts auch an das Register des aktuellen oder vorigen Wohnorts weitergegeben werden. Darüber hinaus ermöglicht die Datenweitergabe in umgekehrter Richtung vom Wohn- zum Behandlungsort, dass bspw. Sterbeinformationen die auswärtigen Einrichtungen erreichen und ggf. Lifestatus-Daten aktualisiert werden können. Da die klinischen Register nach KFRG zudem die Aufgabe haben, die Daten für die epidemiologischen Krebsregister zu erfassen, wird durch den RüD ebenso der Datenbestand der epidemiologischen Register komplettiert.

Hessen ist wegen seiner zentralen Lage in Deutschland und wegen des Vorhandenseins großer onkologischer Behandlungseinrichtungen nahe der Landesgrenzen wie in Heidelberg, Mainz oder Göttingen in besonderem Maße an einem flächendeckenden RüD interessiert.

### Aktuelle Situation:

Das klinisch-epidemiologische Hessische Krebsregister (HKR) bringt sich aktiv in der AG RüD der §65 c-Plattform ein. Zunächst werden auf allgemeiner Ebene aktuelle Fragestellungen genannt, die sich aus dem bundesweiten RüD ergeben und teils noch auszugestalten sind.

In 2018 hat das HKR erstmals an die anderen landesweiten Krebsregister seine für den RüD relevanten Daten geliefert und ist derzeit dabei, die aus anderen Registern empfangenen Daten einzubinden. Basierend auf dieser Datenbasis soll anhand von Beispielen gezeigt werden, welchen Zugewinn an Informationen dieser Datenaustausch für ein zentral in Deutschland gelegenes Bundesland wie Hessen hat. In einigen Fällen wird eine Untersuchung der Ergebnisqualität durch den RüD erst ermöglicht, dies betrifft insbesondere Regionen nahe der Landesgrenze. Auch steht die Versorgungsforschung des HKR nach Einbindung der auswärtigen Daten auf soliderem Fundament.

**Dr. Katharina Bernhardt**

Landesauswertungsstelle des Hessischen Krebsregisters  
Hess. Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen  
Walter-Möller-Platz 1  
60439 Frankfurt  
Tel.: 069/1567-736  
E-Mail: [Katharina.Bernhardt@hlpug.hessen.de](mailto:Katharina.Bernhardt@hlpug.hessen.de)

WIR DANKEN DEN FOLGENDEN FIRMEN UND INSTITUTIONEN  
FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG



Roche Deutschland Holding GmbH: 5.000 € für ein Sponsoringpaket



IT-Choice Software Aktiengesellschaft: 1.500 € für einen Ausstellungsstand



celsius37.com AG: 1.500 € für einen Ausstellungsstand

# Onkologie Dialog

Wann: 11. Dezember 2019  
10:30 bis 17:00 Uhr

Wo: Hörsaal des Kaiserin-Friedrich-Hauses  
Robert-Koch-Platz 7  
10115 Berlin

Kosten: 90,00 € (Darin enthalten sind die Verpflegung während der Sitzungszeiten und eventuelle Sitzungsunterlagen.)

Anmeldung: <http://www.tumorzentren.de/OnkologieimDialog2019.html>



Themen:

- Entwicklungen im Nationalen Krebsplan - Verbindung von Leitlinien, zertifizierten Zentren/klinischer Versorgung und klinischen Krebsregistern
- Bericht über die Dekade gegen Krebs
- Bericht über weitere Entwicklungen, die im Zusammenarbeit von zertifizierten Zentren und klinischen Krebsregistern stehen
- Diskussion eines einheitlichen Rückmeldekonzpts, das gemeinsam mit Klinikern entwickelt wurde

## Organisation

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. (ADT)

Kuno-Fischer Str. 8  
14057 Berlin

Bianca Franke  
Telefon: 030/32678727  
E-Mail: [franke.adt@tumorzentren.de](mailto:franke.adt@tumorzentren.de)

## Inhaltliche Organisation

### **Justus-Liebig-Universität Gießen**

Institut für Medizinische Informatik  
Bereich Tumordokumentation

Dr. Udo Altmann  
Telefon: 0641/99-41 380  
E-Mail: [udo.altmann@informatik.med.uni-giessen.de](mailto:udo.altmann@informatik.med.uni-giessen.de)

### **Tumorzentrum Erfurt e.V.**

Helios Klinikum Erfurt GmbH  
Haus 22,  
Nordhäuser Str. 74  
99089 Erfurt

Dr. Hubert Göbel  
Telefon: 0361 781 4802

## Veranstaltungsort

Parksaal der Multifunktionsarena Erfurt

Mozartallee 3  
99096 Erfurt

## Programmkomitee

Dr. Udo Altmann  
(Justus-Liebig-Universität Gießen)

Dr. Johannes Bruns  
(Deutsche Krebsgesellschaft e. V.)

Dr. Hubert Göbel  
(Tumorzentrum Erfurt)

Prof. Dr. Alexander Katalinic  
(Gesellschaft der Epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.)

Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke  
(Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V.)

Prof. Dr. Holger Pfaff  
(Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung e. V.)

Dr. Anett Tillack  
(Klinisches Krebsregister Brandenburg und Berlin gGmbH)



Wir danken

