

Qualitätsbericht

Kolorektales Karzinom

2021/2022

14.10.2024

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----|----------------------------------|----|
| 1 | Einleitung | 3 |
| 2 | Methodisches Vorgehen | 3 |
| 3 | Ergebnisse | 4 |
| 3.1 | Fallauswahl und -zuordnung | 4 |
| 3.2 | Klassifikation der Tumoren | 6 |
| 3.3 | Therapien | 10 |
| 3.4 | Qualitätsindikatoren | 12 |
| 4 | Zusammenfassende Bewertung | 18 |

1 Einleitung

Gemäß dem Auftrag des Landeskrebsregistergesetzes für Schleswig-Holstein hat die Registerstelle des Krebsregisters Schleswig-Holstein regelmäßig Auswertungen zur regionalen und einrichtungsbezogenen Versorgungsqualität von Krebserkrankungen zur Verfügung zu stellen. Sie tut dies in Form von Auswertungen für organbezogene Qualitätskonferenzen oder der Landesqualitätskonferenz.

Der vorliegende Bericht befasst sich mit der Versorgungsqualität von einer kolorektalen Krebserkrankung (ICD-10 C18 - C20) und beschreibt die Versorgung anhand von Versorgungsparametern und Qualitätsindikatoren ausgehend von den beteiligten Leistungserbringern (LE). Dabei sind die Leistungserbringer im folgenden Bericht pseudonymisiert dargestellt.

2 Methodisches Vorgehen

Ausgewertet werden die dem Krebsregister Schleswig-Holstein vorliegenden Daten¹ zum kolorektalen Karzinom (ICD-10 C18 - C20) ab dem Diagnosejahr 2016. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf den Fällen aus den Jahren 2021 und 2022, für die von einer weitgehend vollständigen Dokumentation der Primärtherapie ausgegangen wurde. Datenstand ist der 29.08.2024.

Als Primärversorger beim kolorektalen Karzinom wurden die zertifizierten Darmkrebszentren (unabhängig von der Fallzahl) sowie Versorgungseinrichtungen mit mindestens 80 dem Krebsregister über OP- bzw. Diagnosemeldungen berichteten Fällen in den Jahren 2021/22 definiert. Ein Fall wurde zunächst dem Leistungserbringer zugeordnet, der die erste OP gemeldet hat. Als Zähljahr wurde dabei das Jahr der OP verwendet. Sollte keine OP-Meldung für einen Fall vorliegen, wurde der Fall dem Leistungserbringer zugeordnet, der die erste Diagnosemeldung abgegeben hatte. Zähljahr ist dann das Jahr der Diagnose. Jeder Fall wurde also nur höchstens einem Leistungserbringer zugeordnet. Manche Fälle blieben mangels entsprechender Meldungen ohne Zuordnung.

Die Qualitätsindikatoren (QI) basieren auf den Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinien Kolorektales Karzinom in der Version 2.1 aus dem Jahre 2019. Die Berechnung von Nenner und Zähler der Qualitätsindikatoren anhand der den Krebsregistern vorliegenden Daten wurde von der AG QI der Plattform § 65c in Absprache mit dem Deutschen Krebsregister e.V. (DKR) und der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) definiert². Da sich nicht alle Qualitätsindikatoren mit den Variablen des onkologischen Basisdatensatzes bilden lassen, ist hier nur eine Auswahl abgebildet.

Seit 2023 wird in Schleswig-Holstein für die Durchführung der Qualitätskonferenzen das Auswertungstool QlikView genutzt. Es ist eine Form der interaktiven Analyse und Präsentation, die es ermöglicht, Fragen und Kommentare direkt in der Veranstaltung beantworten und erläutern zu können. Die im vorliegenden Bericht integrierten Abbildungen – meist in Form von Balkendiagrammen über die Auswertungsjahre und als Benchmarking unter den

¹ Es können nur Fälle ausgewertet werden, die dokumentiert und dem Krebsregister übermittelt wurden.

² <https://plattform65c.atlassian.net/wiki/spaces/LLQI/overview?homepageId=100600511>

Primärversorgern – sind diesem Tool entnommen und stellen nur einen Ausschnitt der möglichen Qualitätsbetrachtungen dar.

3 Ergebnisse

3.1 Fallauswahl und -zuordnung

Für die Jahre 2021/22 liegen im Krebsregister Schleswig-Holstein 4.944 Fälle mit ICD-10-Diagnose C18, C19 oder C20 vor, von denen 4.716 Fälle für die Analyse zur Verfügung stehen (Abbildung 1). Von diesen wurden 700 Fälle (15 %) für die weiteren Analysen in der Gruppe „ohne OP/DM“ zusammengefasst, da für diese weder eine OP- noch Diagnosemeldung (DM) vorliegt. Dies können Fälle sein, die dem Krebsregister durch andere Therapiemeldungen, Verlaufs-, Tumorkonferenz-, Pathologiemeldungen oder lediglich Todesbescheinigungen (DCO) bekannt sind. Zu weiteren 697 Fälle (15 %) liegen Erst-OP-Meldungen oder – bei keiner OP-Meldung - Diagnosemeldungen nur aus einem anderen Bundesland vor. Diese Fälle werden als „extern“ gruppiert. Schleswig-Holsteinische Einrichtungen, denen nach dem oben beschriebenen Vorgehen weniger als 80 Fälle mit OP in 2021/22 zugeordnet wurden, und die kein zertifiziertes Darmkrebszentrum sind, wurden unter „SH sonst“ zusammengefasst (709 Fälle bzw. 15 % in 2021/22).

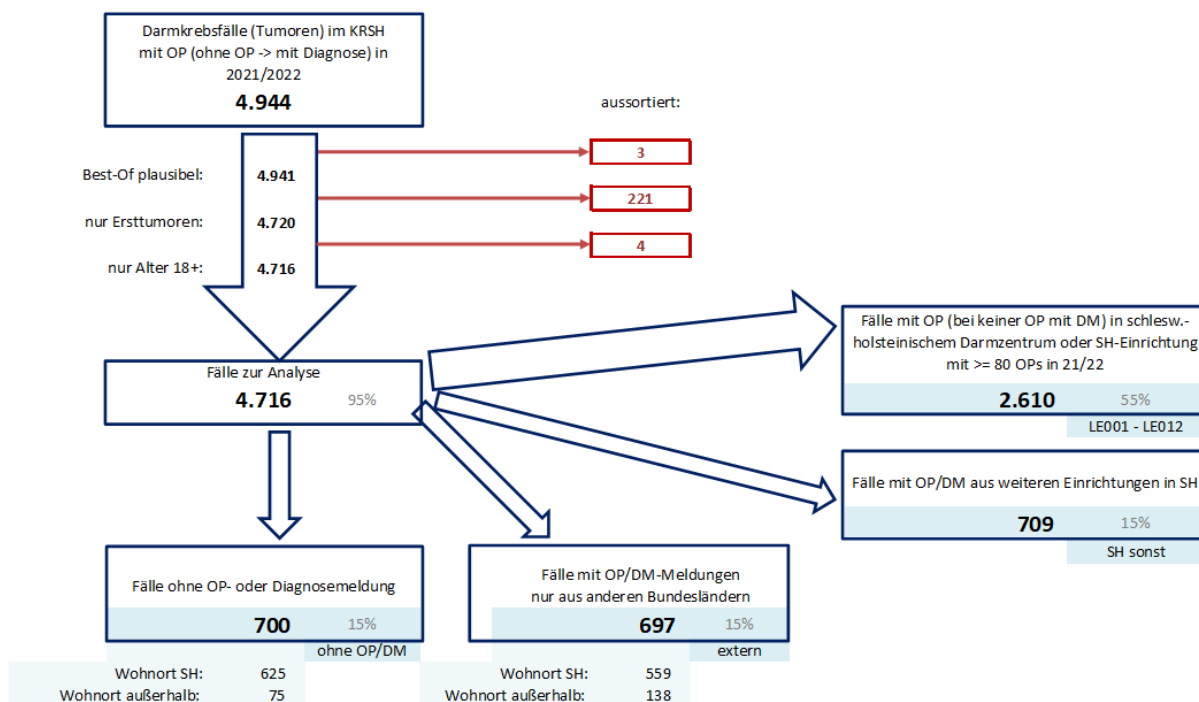


Abbildung 1: Fallauswahl und -zuordnung

Schließlich wurden zwölf Primärversorger (LE001 bis LE012) aus Schleswig-Holstein mit 2.610 Fällen (55 %) in den betreffenden Jahren mit Erst-OP- oder Diagnosemeldung identifiziert, die im genannten Zeitraum 80 oder mehr Fälle aufweisen oder als Darmkrebszentrum zertifiziert sind.

Abbildung 2 zeigt die Anzahl der Fälle nach Leistungserbringer in den beiden Zähljahren 2021 und 2022 für die zwölf Primärversorger.

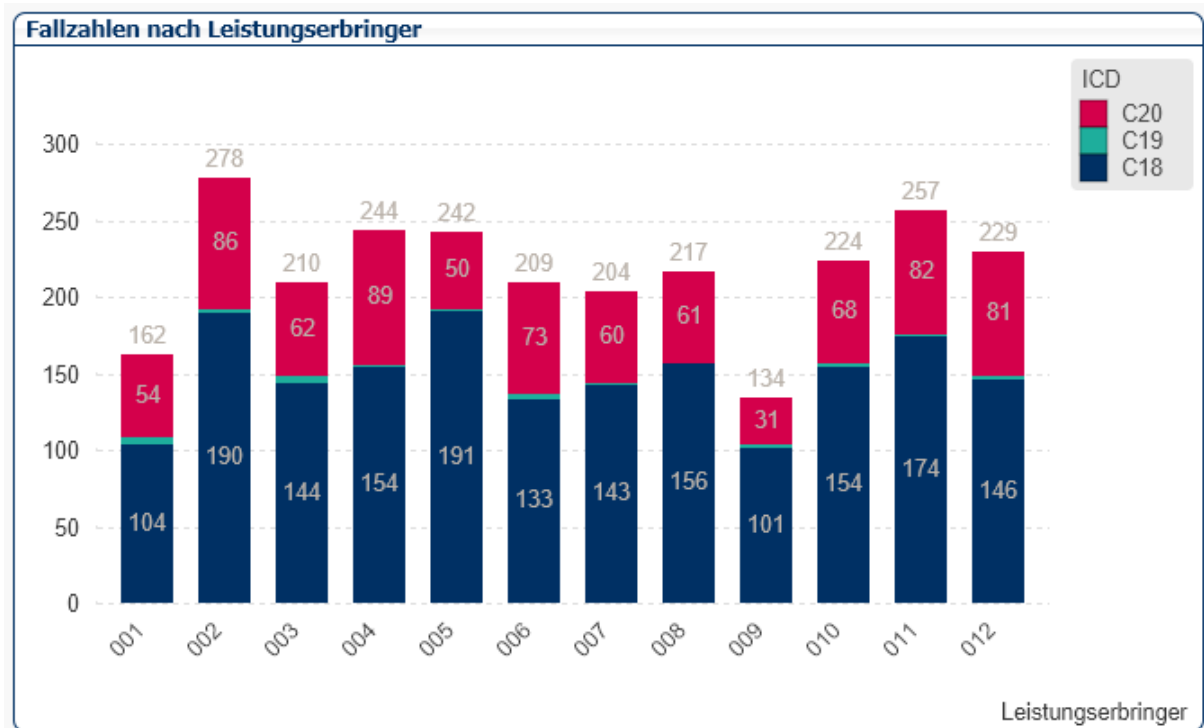


Abbildung 2: Fallzahl der Primärversorger für die Zähljahre 2021 und 2022

Die prozentuale Verteilung der Fälle in die vier Gruppen „Primärversorger“ (LE001-LE012), „SH sonst“, „extern“ und „ohne OP/DM“ veränderte sich über die letzten Jahre nur leicht (Abbildung 3).

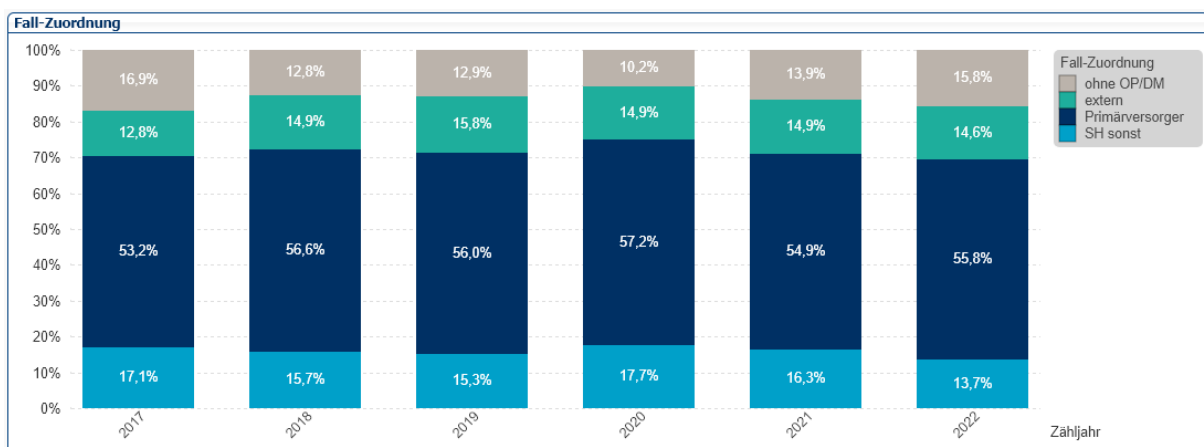


Abbildung 3: Versorgergruppen im Verlauf

Abbildung 4 zeigt die Altersverteilung der Patientinnen und Patienten der Primärversorger insgesamt und für jeden Leistungserbringer einzeln.

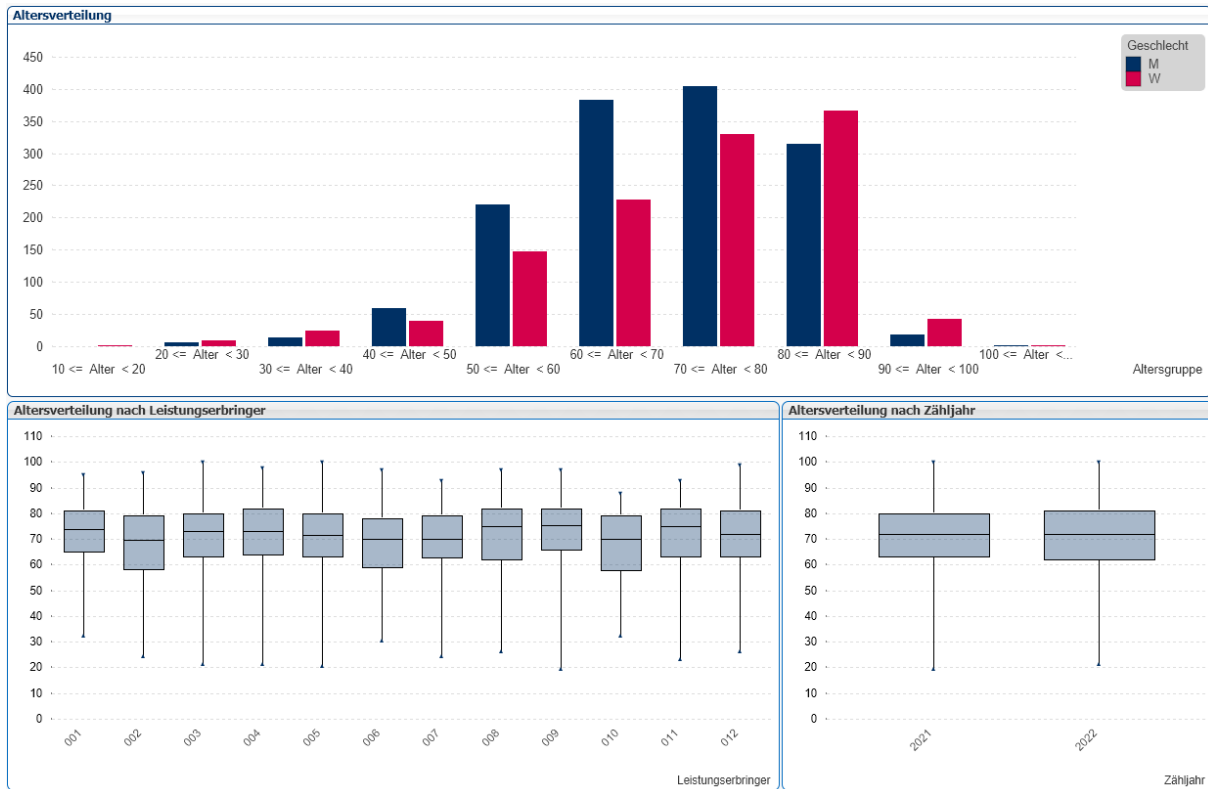


Abbildung 4: Altersverteilung

3.2 Klassifikation der Tumoren

Eine spezifische cT-Klassifikation und ein klinischer Nodalstatus liegen in knapp 60 % der von Primärversorgern behandelten Fällen vor (Abbildung 5). Dabei schwankt die Vollständigkeit der Angaben erheblich zwischen ca. 25 % (LE006) und über 90 % (LE008).

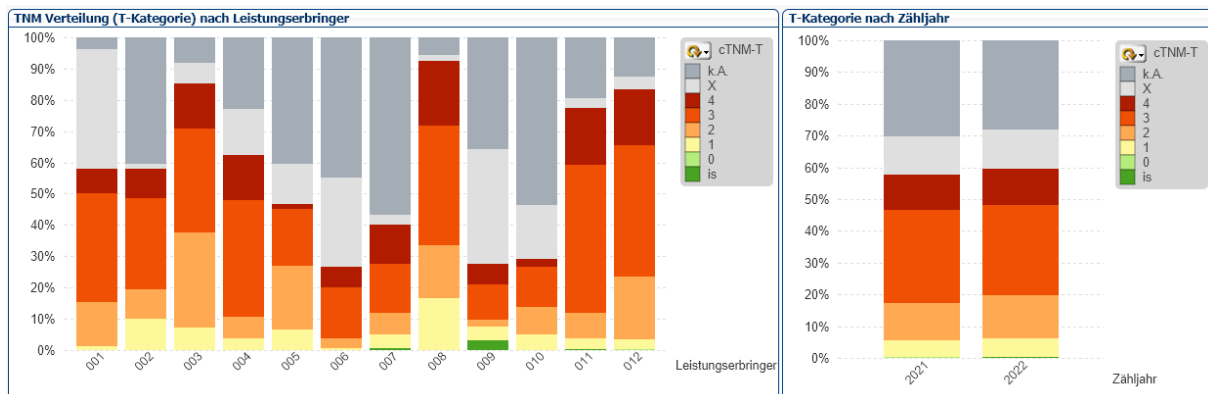


Abbildung 5: cTNM-T

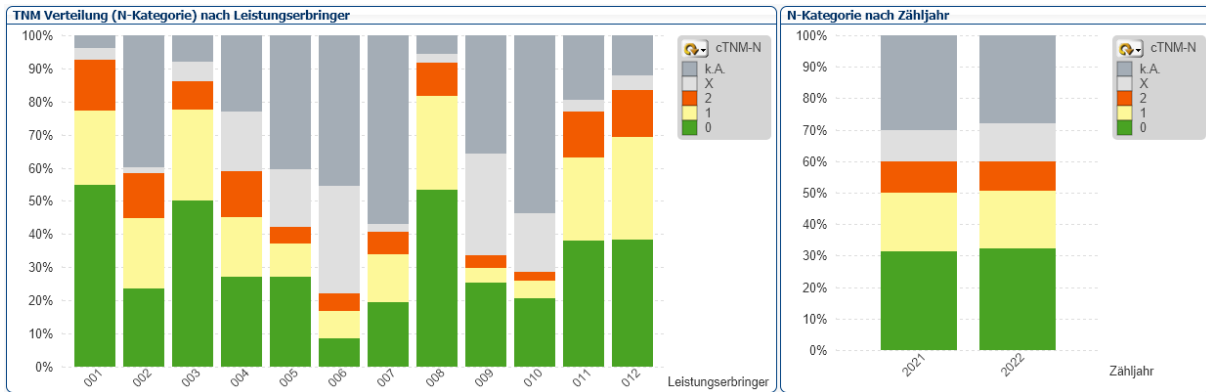


Abbildung 5: cTNM-N

Das pTNM (Abbildung 6) ist mit ca. 85 % insgesamt mit höherer Vollständigkeit und mit geringerer Schwankung (zwischen 75 % und 95 %) dokumentiert und an das Krebsregister übermittelt. Betrachtet man das pTNM nur für Fälle mit einer gemeldeten OP, dann liegt die Rate mit spezifischem pTNM bei über 95 % (keine Abbildung).

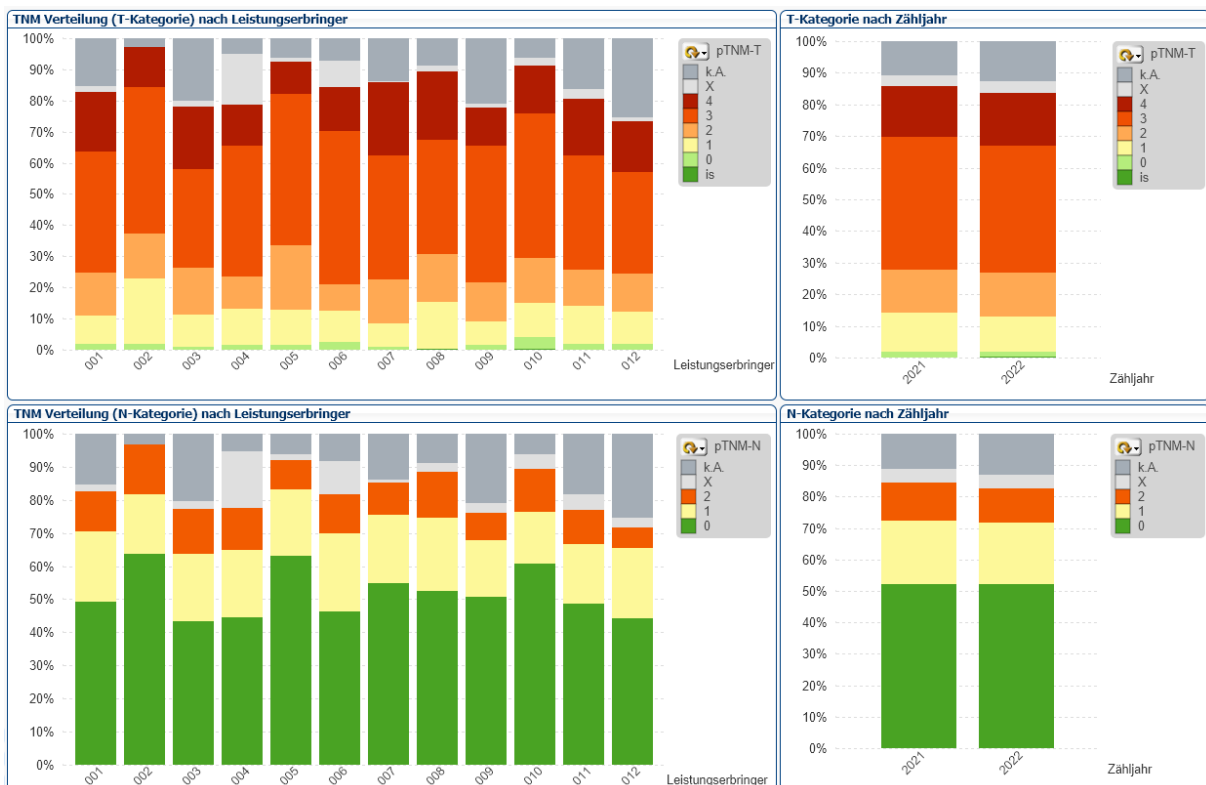


Abbildung 6: pTNM

Das Grading zeigt ein ähnlich heterogenes Bild: über alle Leistungserbringer bewegt sich die Anzahl fehlender Meldungen um 11 %. Bei einem Leistungserbringer (LE002) fehlt die Angabe des Gradings bei fast 50 %, bei anderen Leistungserbringern mit vergleichbarer Fallzahl (z.B. LE004, LE007) liegt der Anteil an fehlenden Angaben bei weniger als 5 % (Abbildung 7).

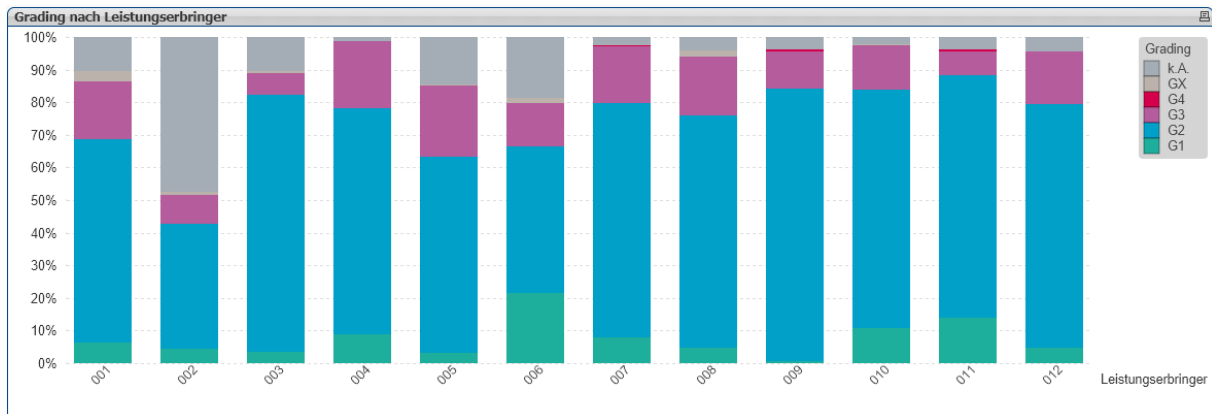


Abbildung 7: Grading

Bei den Angaben zum UICC-Staging (hier gebildet aus p- und ggf. cTNM) sind die Unterschiede bzgl. der Vollständigkeit weniger gravierend. Über alle schleswig-holsteinischen Leistungserbringer betrachtet, fehlen bei etwa 7 % die Angaben (Abbildung 8). Insgesamt unterscheiden sich die Patientenkollektive bzgl. des UICC-Stagings zwischen den einzelnen Leistungserbringern jedoch recht deutlich.

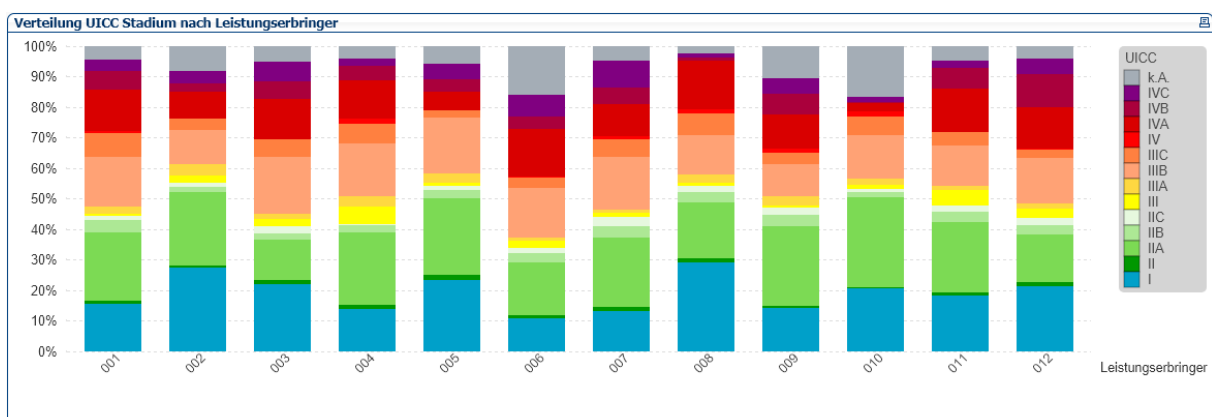


Abbildung 8: UICC

Der allgemeine Leistungszustand (nach ECOG bzw. Karnowsky) wird von den Primärversorgern (ausgehend davon, dass diese auch eine Meldung zur Diagnose übermitteln) noch sehr unterschiedlich vollständig übermittelt (Abbildung 9). Der Verlauf über die Jahre zeigt jedoch eine deutliche Verbesserung (Abbildung 10). Der ECOG wird für die Bildung von einigen Qualitätsindikatoren nach S3-LL benötigt (z.B. QI 4).

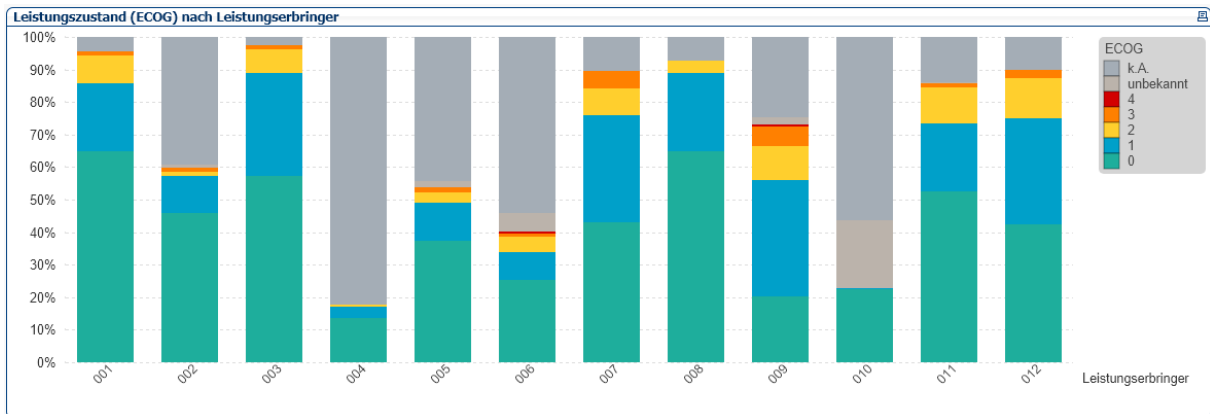


Abbildung 9: ECOG

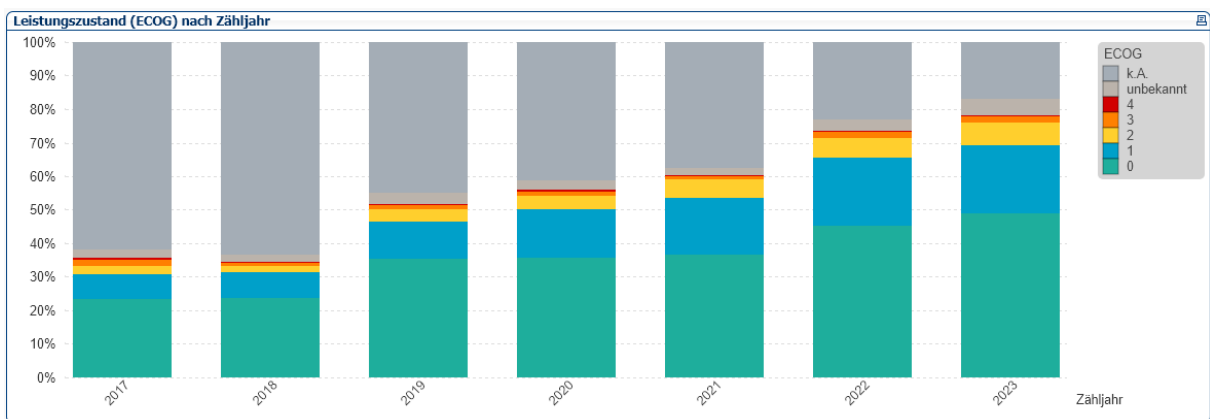


Abbildung 10: ECOG im Verlauf

3.3 Therapien

Die Angaben zu Therapien und Tumorklassifikationen werden unter anderem benötigt, um die in den Leitlinien für Onkologie stehenden Qualitätsindikatoren (QI) für die Leistungserbringer zu berechnen. Fehlen die benötigten Angaben, kann der Tumorfall in der Berechnung entweder nicht berücksichtigt werden und fehlt in der Darstellung, oder der Indikator erscheint mitunter aufgrund der fehlenden Meldungen schlechter als er in der Realität ist.

Ohne nach Leistungserbringern zu differenzieren, wurden für knapp 13 % (446 von 3.319 Fällen mit mindestens einer OP- oder einer Diagnosemeldung aus Schleswig-Holstein) aller kolorektalen Karzinome der Diagnosejahre 2021/22 keine Therapien gemeldet (ohne Abbildung). Beschränkt auf die den Primärversorgern zugeordneten Fälle liegt der Wert bei 8 % (Abbildung 11). Hier wird eine Operation für gut 86 % der Fälle gemeldet, eine Strahlentherapie für 14 %, eine systemische bzw. abwartende Therapie für 37 %.

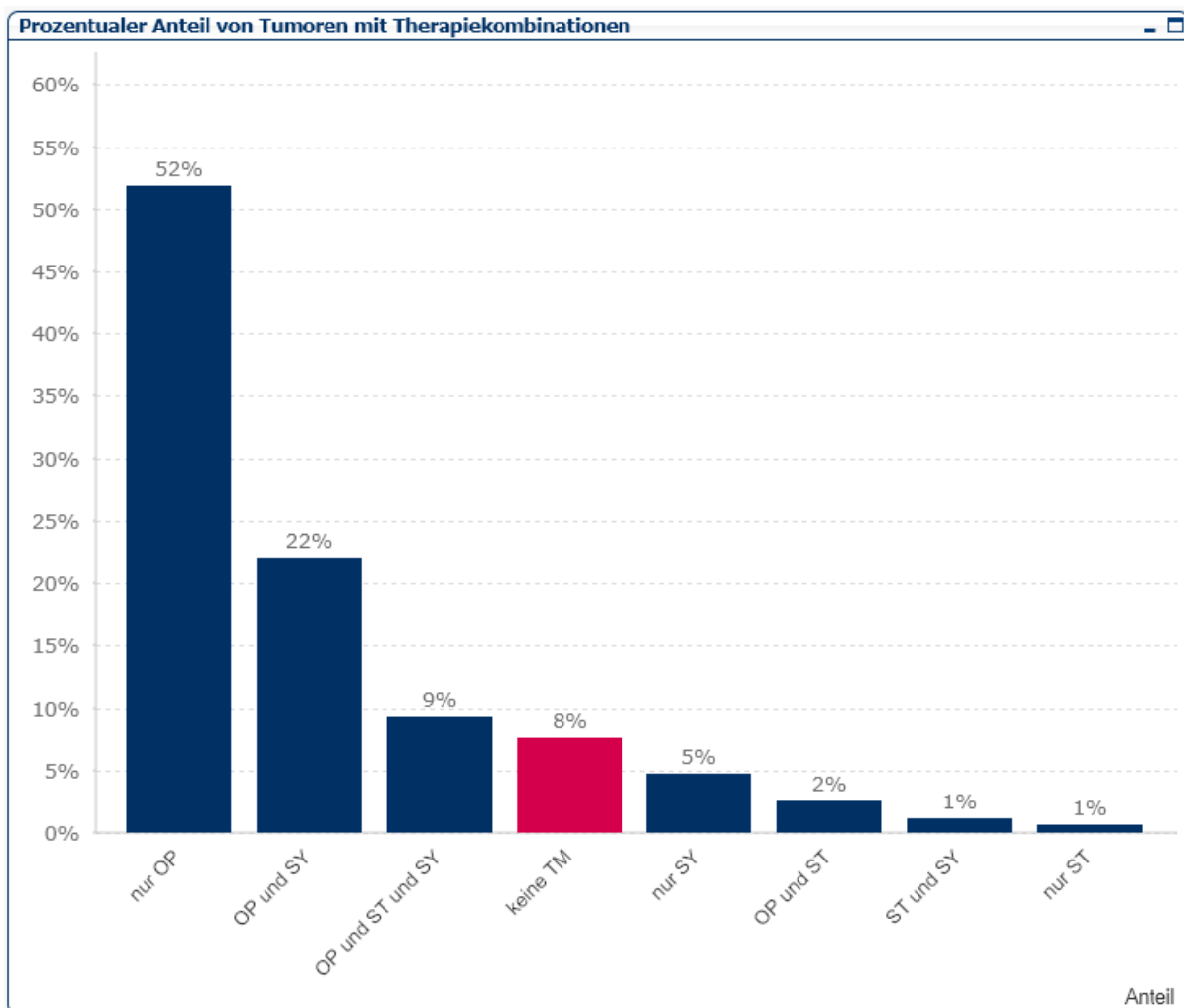


Abbildung 11: Therapiekombinationen

Abbildung 12 zeigt die gemeldeten Therapien differenziert nach Leistungserbringern. Zur Erinnerung: Für die Auswertung wurde ein Fall zunächst der operierenden Einrichtung zugeordnet, bei fehlender OP-Meldung der diagnostizierenden Einrichtung.

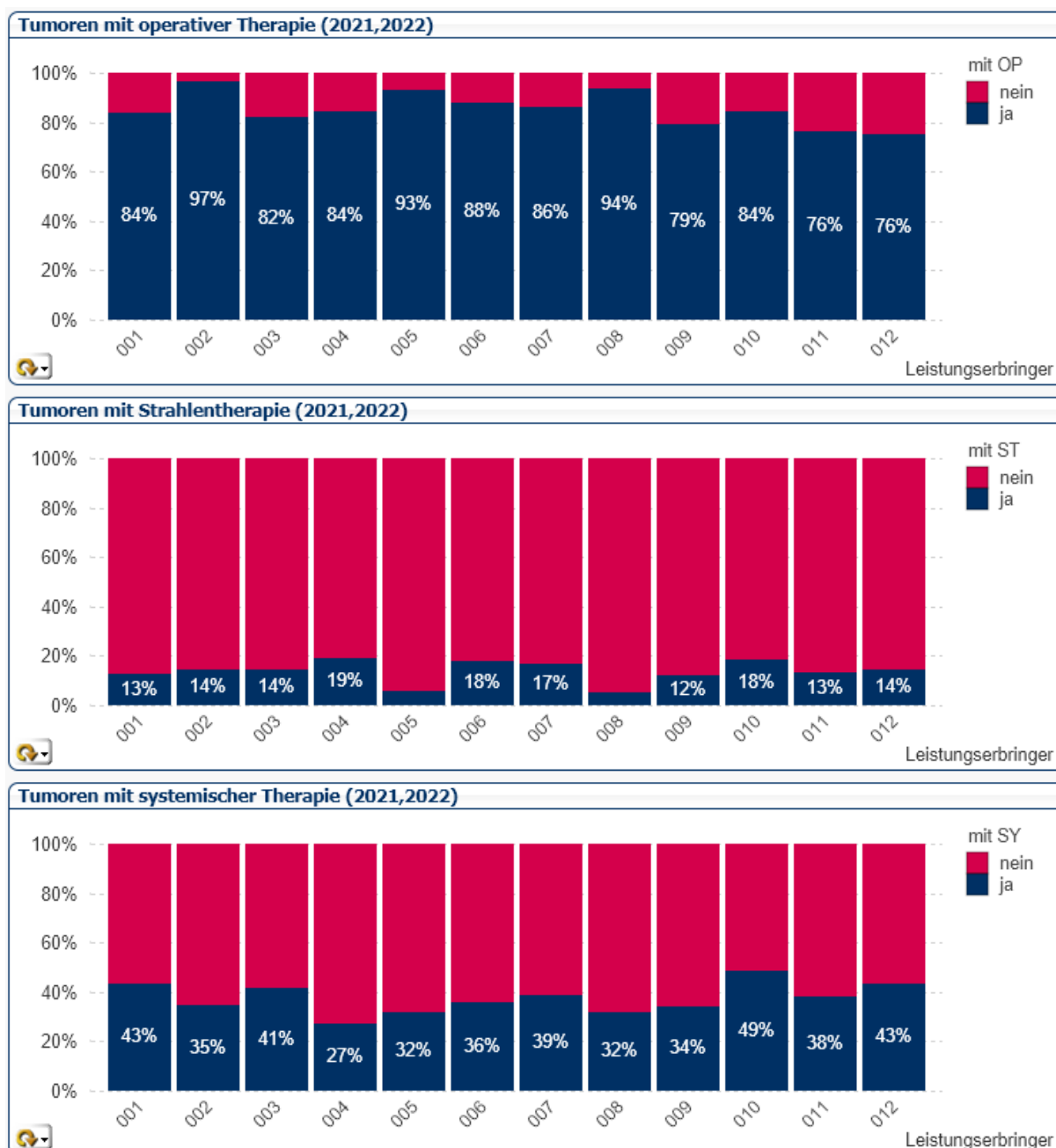


Abbildung 12: Therapien nach Leistungserbringern

Die in Abbildung 13 erkennbaren Defizite zu den Strahlentherapien bei Rektum-Tumoren im Stadium UICC III weisen also zunächst nicht auf ein Meldedefizit bei den behandelnden Primärversorgern 005 und 008 hin, sondern auf fehlende Meldungen seitens der Kooperationspartner aus der Strahlentherapie. Dies kann sich in der Folge jedoch für die Darmzentren in schlechteren Bewertungen von Qualitätsindikatoren niederschlagen. Das vollzählige Melden an das Krebsregister ist also ein gemeinsames Thema einer sektorübergreifenden Kooperation. Die in Abbildung 14 dargestellte Entwicklung, die die gemeldeten Strahlentherapien im Verlauf für die genannten Leistungserbringer zeigt, lässt darauf schließen, dass zumindest vom Primärversorger 005 und seinem Kooperationspartner aus der Strahlentherapie entsprechende Anstrengungen unternommen worden sind.

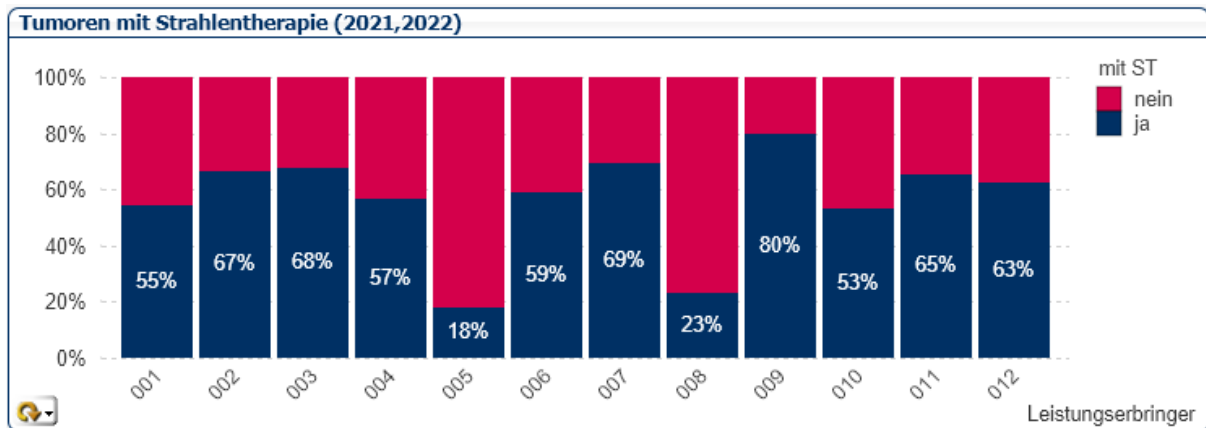


Abbildung 13: Strahlentherapie bei C20-Tumoren mit UICC III

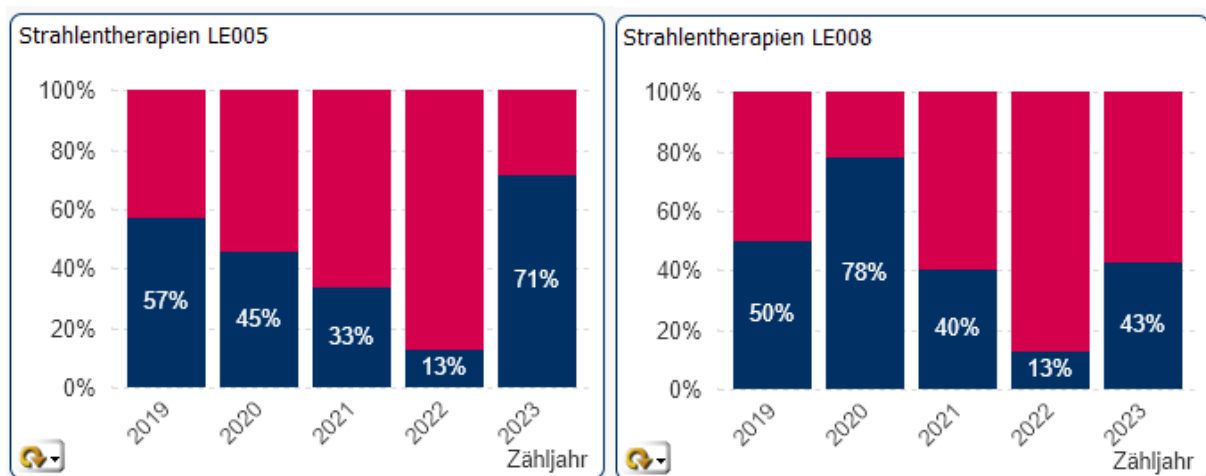


Abbildung 14: Strahlentherapie bei C20-Tumoren mit UICC III, LE005 und LE008 im Verlauf

3.4 Qualitätsindikatoren

Die bildbaren Qualitätsindikatoren (QI) basieren auf den Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinien Kolorektales Karzinom in der Version 2.1 aus dem Jahr 2019.

Qualitätsindikator 2 fordert, dass möglichst häufig vollständige Befundberichte nach einer Tumorresektion vorliegen sollen. Es werden Daten zu folgenden Parametern erwartet: Histologie nach WHO, Tumorinvasionstiefe (pT-Klassifikation), Status der regionären Lymphknoten (pN-Klassifikation), Anzahl der untersuchten Lymphknoten, Grading \neq (U, X, T), Abstand von den Resektionsrändern (aboral und circumferentiell) (Modul KRK), R-Klassifikation \neq RX. Wegen der Modulstruktur im onkologischen Basisdatensatz (oBDS) ist dieser QI nur für C20-Fälle berechenbar. Für die Berechnung stehen 578 Fälle zur Verfügung, die die Nenner-Bedingung (C20, operative Tumorresektion) erfüllen. Die Fallzahlen der Primärversorger reichen von 21 bis 76 Fällen. Insgesamt wird dieser Qualitätsindikator zu 76 % im Jahr 2021 und 73 % im Jahr

2022 erfüllt. Die Spannweite zwischen den Leistungserbringern liegt zwischen 0 % und 95 % (Abbildung 15).

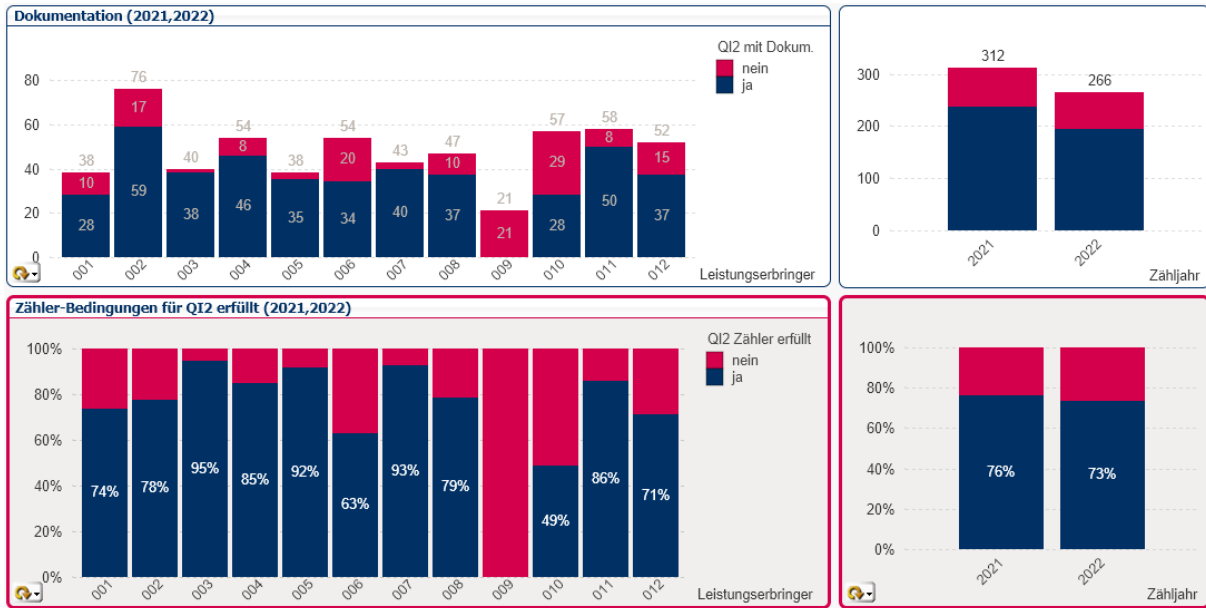


Abbildung 15: QI 2 - Vollständige Befundberichte nach Tumorresektion

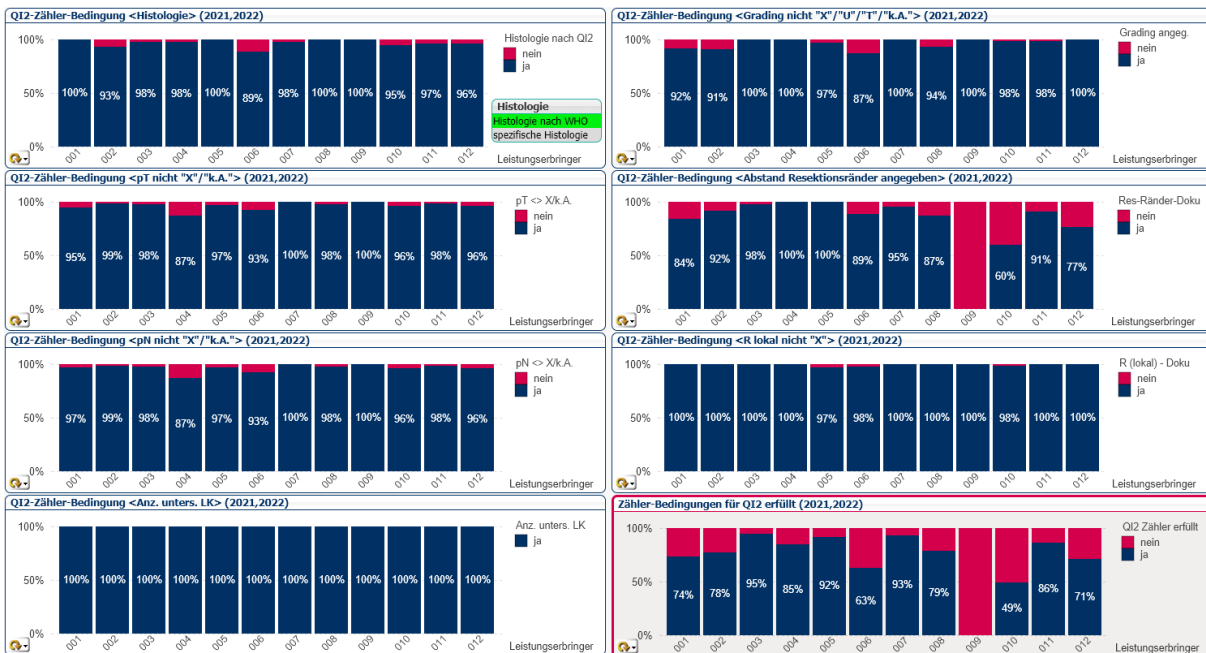


Abbildung 16: Überblick Zähler-Elemente QI 2

Der Überblick über die einzelnen in den Zähler eingehenden Elemente (Abbildung 16) zeigt, dass tatsächlich meist das Fehlen einzelner Werte das Gesamtergebnis mindert, während bei Leistungserbringer 009 die Daten zu den Resektionsrändern – die im oBDS im KRK-Modul übermittelt werden – systematisch fehlen.

Qualitätsindikator 4 sieht vor, dass bei Patientinnen und Patienten mit gutem Allgemeinzustand (ECOG 0/1), aber metastasiertem KRK (mKRK) in der Erstlinienchemotherapie in erster Linie Fluoropyrimidin-basierte Kombinationsregime eingesetzt werden sollen. Schon die Definition dieser Nennerbedingungen ist sehr spezifisch und hängt auch von der Vollständigkeit der gemeldeten Daten (z.B. ECOG, siehe Abbildung 9) ab, so dass nur 91 Tumoren aus den Jahren 2021/22 betrachtet werden könnten (Nenner des QI). Ein Benchmarking zwischen den einzelnen Leistungserbringern erscheint daher nur mäßig sinnvoll. Abbildung 17 zeigt darum das QI-4-Benchmarking für den Zeitraum 2019 bis 2022 sowie den Verlauf im Gesamtkollektiv (144 Fälle im QI-Nenner). Auch so gehen für die Hälfte der Primärversorger noch weniger als 10 Fälle in den Nenner ein. Zumindest für diese Fälle bleibt die Aussagekraft des Qualitätsindikators 4 nur beschränkt.

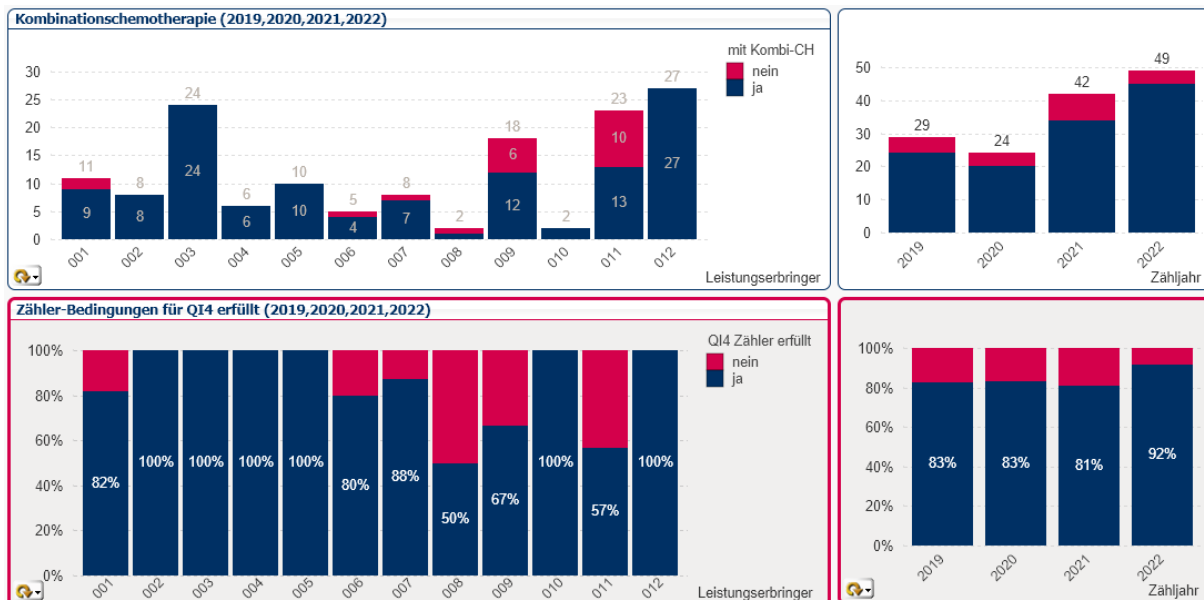


Abbildung 17: QI 4 - Kombinationschemotherapie bei mKRK

Qualitätsindikator 6 erwartet eine gute oder zumindest moderate Qualität des Präparats nach totaler mesorektaler Exzision (TME). In die Berechnung gehen 446 Fälle aus den Jahren 2021/22 mit TME und dokumentierter Qualität des Präparats ein. In 92 % der Fälle ist ein Grad 1 oder 2 angegeben (Abbildung 18). Die Spannweite liegt bei den Primärversorgern zwischen 67 % (hier nur 3 Fälle im Nenner!) und 100 %. Schränkt man die Fälle auf diejenigen ein, die nicht als Notfall und nicht im oberen Drittel des Rektums operiert wurden, steigt der Wert des Qualitätsindikators leicht auf 93 % (328 von 353 Fällen, keine Abbildung).

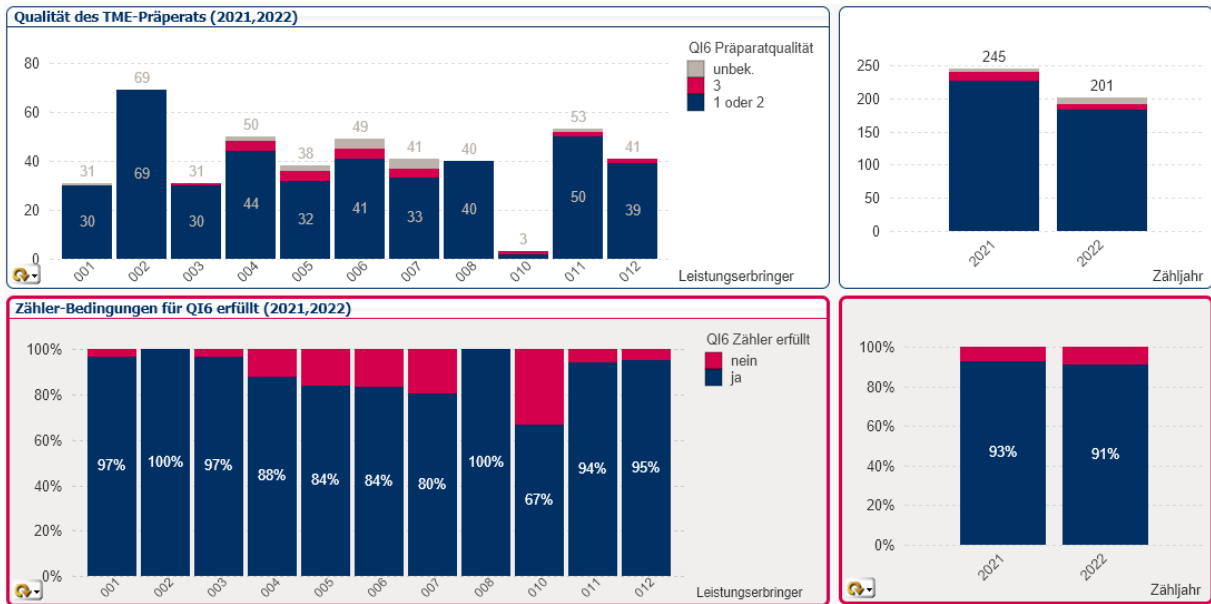


Abbildung 18: QI 6 - Qualität des TME-Präparats

Qualitätsindikator 7 verlangt, dass Patientinnen und Patienten mit einem Kolonkarzinom (C18) im Stadium UICC IV oder einem Rektumkarzinom (C20) prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden. Abbildung 19 zeigt, dass dies in den Jahren 2021/22 insgesamt in etwa 2/3 der Fälle geschah bzw. dokumentiert und gemeldet wurde. Die Spannweite zwischen den Primärversorgern ist mit 5 % bis 89 % groß. Insbesondere die Leistungserbringer 006 und 009 können sich fragen, ob hier möglicherweise ein Dokumentations- oder Übermittlungsproblem vorliegt.

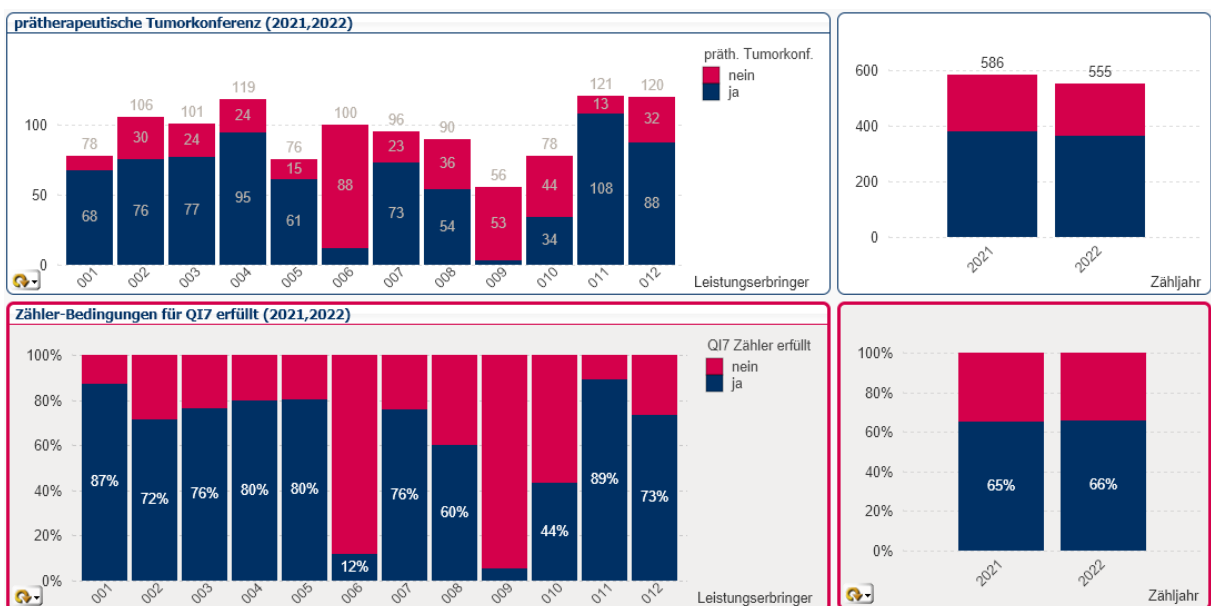


Abbildung 19: prätherapeutische Tumorkonferenz

Schließt man Fälle mit Notfall-OP oder ohne gemeldete Operation aus, ändern sich die Werte nicht wesentlich (ohne Abbildung).

Qualitätsindikator 8: Bei Patientinnen und Patienten mit einem R0 resezierten Kolonkarzinom im Stadium UICC III ist eine adjuvante Chemotherapie indiziert. Dass dieser QI für nur etwas über die Hälfte der von schleswig-holsteinischen Primärversorgern in den Jahren 2021/22 operierten Fälle erfüllt ist (Abbildung 20), kann daran liegen, dass die für den QI-Zähler notwendige adjuvante Chemotherapie meist von nachgelagerten Kooperationspartnern gemeldet werden muss. Wie schon oben bzgl. der Strahlentherapie erwähnt, stellt dies eine Kommunikationsherausforderung in der sektorübergreifenden Kooperation dar.

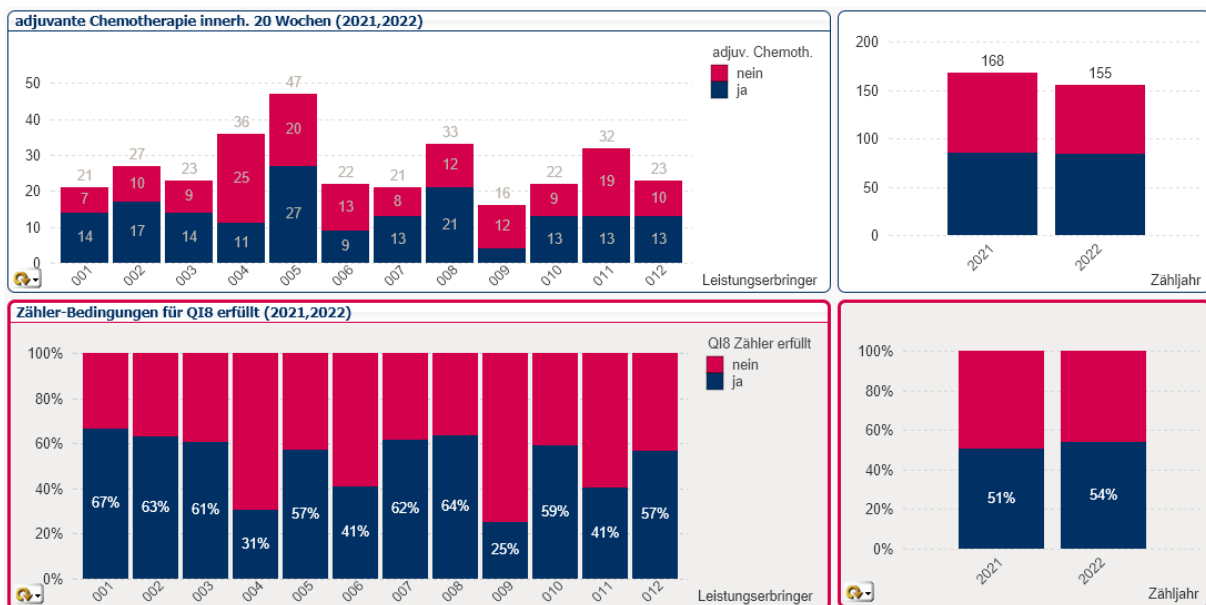


Abbildung 20: QI 8 - adjuvante Chemotherapie nach R0-Resektion

Bei Beschränkung auf die Altersgruppe bis 75 Jahre steigen die Werte: Abbildung 21.

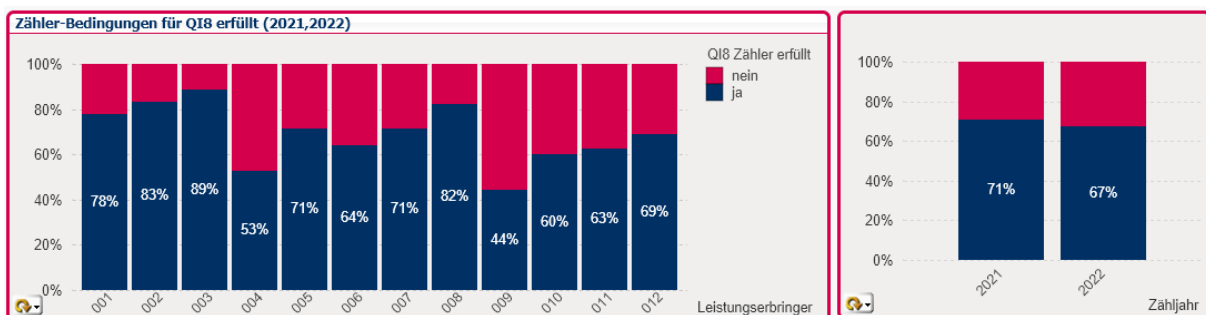


Abbildung 21: QI 8, Patientinnen/Patienten bis 75 Jahre

Laut **Qualitätsindikator 9** soll es möglichst selten Anastomoseninsuffizienzen Grad B oder C nach Anastomosenanlage bei operiertem Rektumkarzinom geben. Abbildung 22 zeigt, dass dieser QI recht gut erfüllt zu werden scheint, jedoch die hohe Zahl an mit „unbekannt“ dokumentierten Anastomoseninsuffizienzen die Aussagekraft einschränkt.

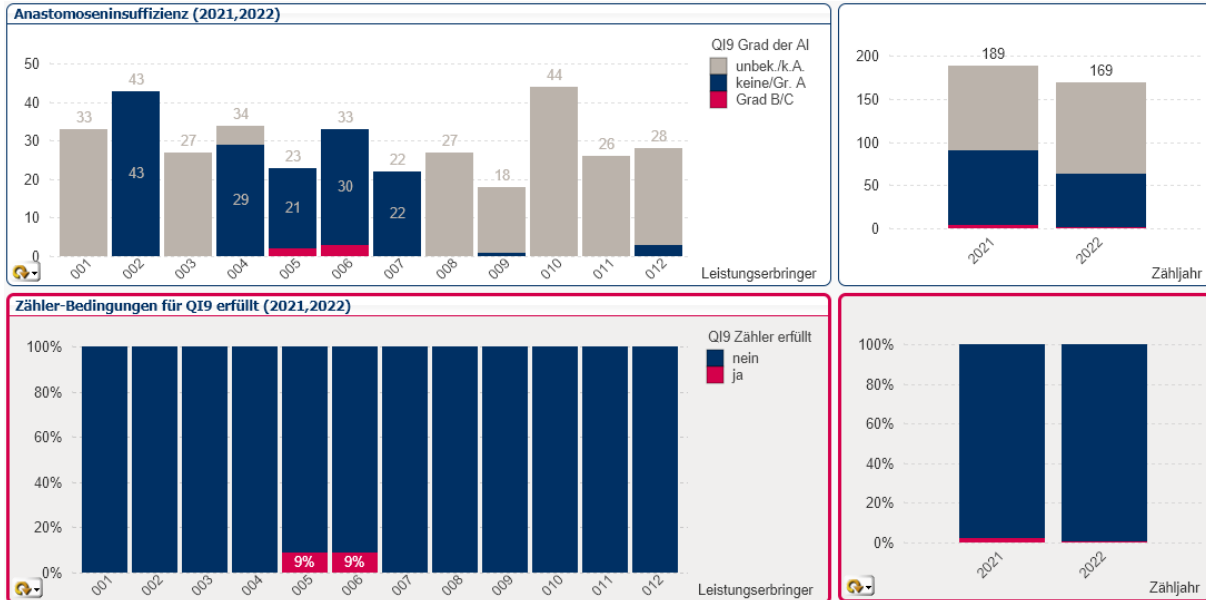


Abbildung 22: QI 9 - Anastomoseninsuffizienzen C20

Besser scheint die präoperative Anzeichnung der Stomaposition dokumentiert zu sein, die laut **Qualitätsindikator 11** bei Operationen mit Stomaanlage durchgeführt werden soll (Abbildung 23, hier ohne Notfalleingriffe).

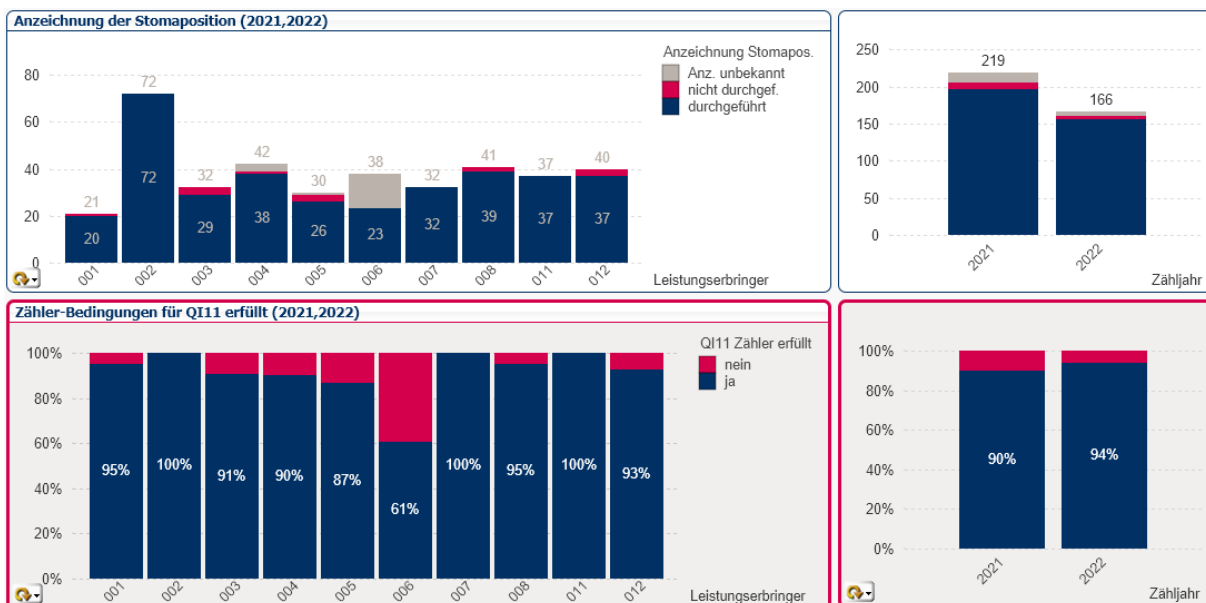


Abbildung 23: QI 11 - präoperative Anzeichnung Stomaposition (C20)

4 Zusammenfassende Bewertung

Zunächst ist festzustellen, dass das Krebsregister technisch in der Lage ist, die definierten und mit Krebsregisterdaten abbildbaren Indikatoren auf Ebene von Leistungserbringer darzustellen. Damit ist eine Bewertung von Prozessindikatoren in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit kolorektalem Karzinom in Schleswig-Holstein prinzipiell möglich.

Zwei wesentliche Punkte sind aber einschränkend zu nennen: Erstens ist die Datenqualität für einige Indikatoren noch unzureichend, gerade dann, wenn der Indikator auf mehrere Datenquellen (z.B. operierende Klinik, Systemtherapie verabreichende Praxis und Strahlentherapie) angewiesen ist. Hier führen fehlende Meldungen zur eingeschränkten Beurteilbarkeit der Versorgungsqualität, die sich im gewählten Ansatz auf den ausgewählten Primärversorger (i.d.R. das Zentrum) bezieht (, der aber für die Dokumentation der Folgetherapien nicht verantwortlich ist). Zweitens ist festzustellen, dass mehrere der definierten Indikatoren viele und sehr spezifische Ein- und Ausschlusskriterien aufweisen. Dies mag medizinisch sinnvoll sein, führt aber in vielen Einrichtungen zu so kleinen Fallzahlen, dass eine sinnvolle statistische Bewertung der Versorgungsqualität kaum möglich ist.

Dennoch zeigt sich im Verlauf der Krebsregistrierung für Darmkrebs eine zunehmende Datenqualität, insbesondere bei Indikatoren, die nur auf der Dokumentation des interessierenden Versorgers beruhen. Für die anderen Indikatoren muss die Meldetätigkeit für die nachfolgenden Therapien verbessert werden. Darüber hinaus sollten weitere Indikatoren entwickelt werden, welche größere Patientengruppen einschließen und damit statistisch stabiler sind. Die Plattform 65c der Krebsregister arbeitet an solchen einfacheren Versorgungsindikatoren, die in zukünftige Organkonferenzen mit aufgenommen werden könnten.

Die Indikatoren, die eine gute Datenqualität aufweisen, sind bei den meisten Leistungserbringern erfüllt. Insofern ist mindestens hier von guter Versorgungsqualität auszugehen.