



**kk**r sachsen

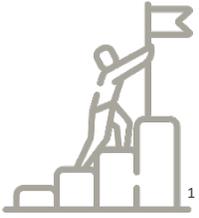
KLINISCHE KREBSREGISTER SACHSEN



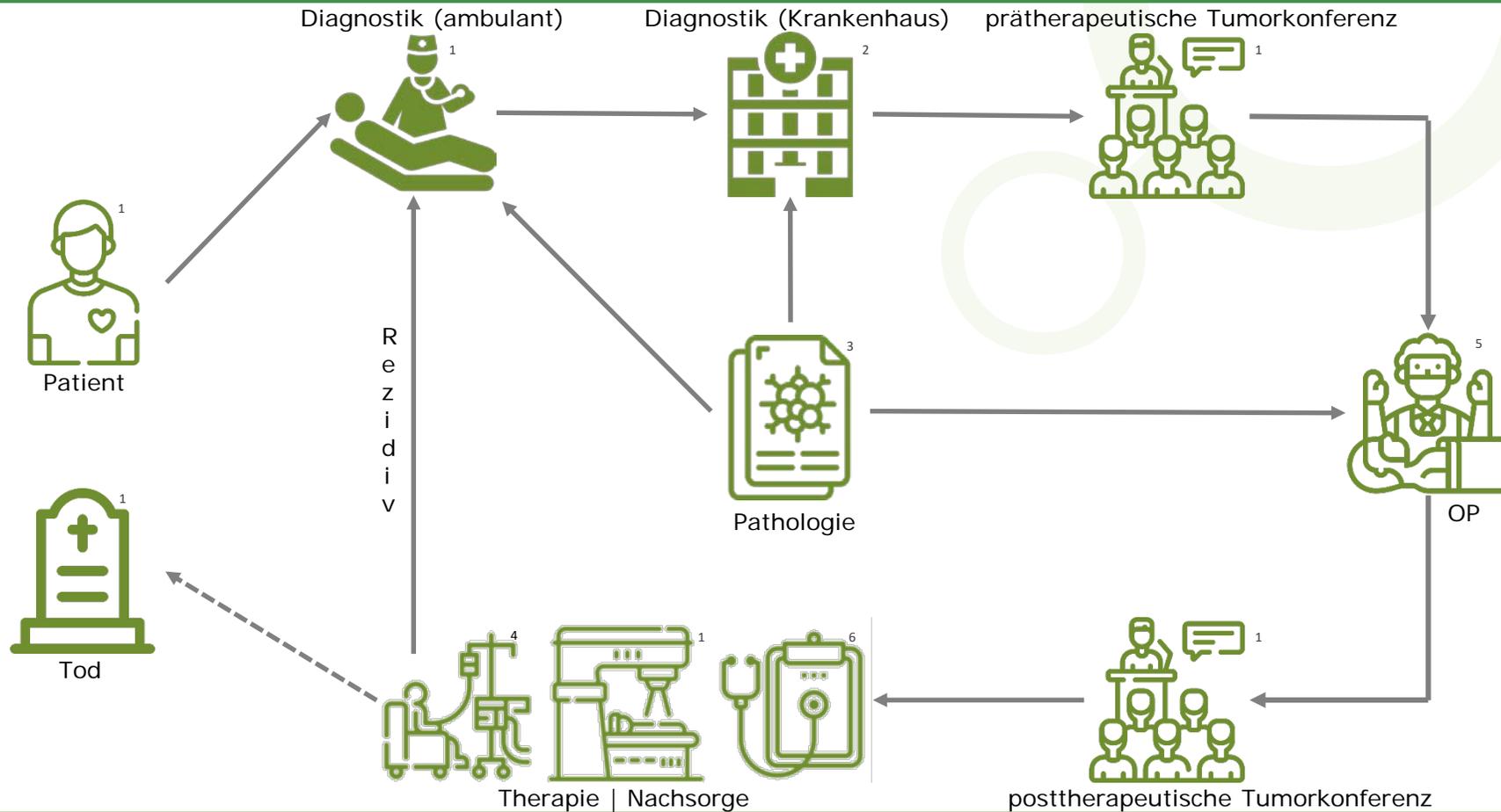
# Kolonkarzinom – Fallbeispiele aus den Registern und Informationen zum Meldeprozess

LANDESQUALITÄTSKONFERENZ DER KLINISCHEN KREBSREGISTER IN SACHSEN  
DRESDEN, 17. JULI 2021

Birgit Schubotz, Leiterin Klinisches Krebsregister CHEMNITZ



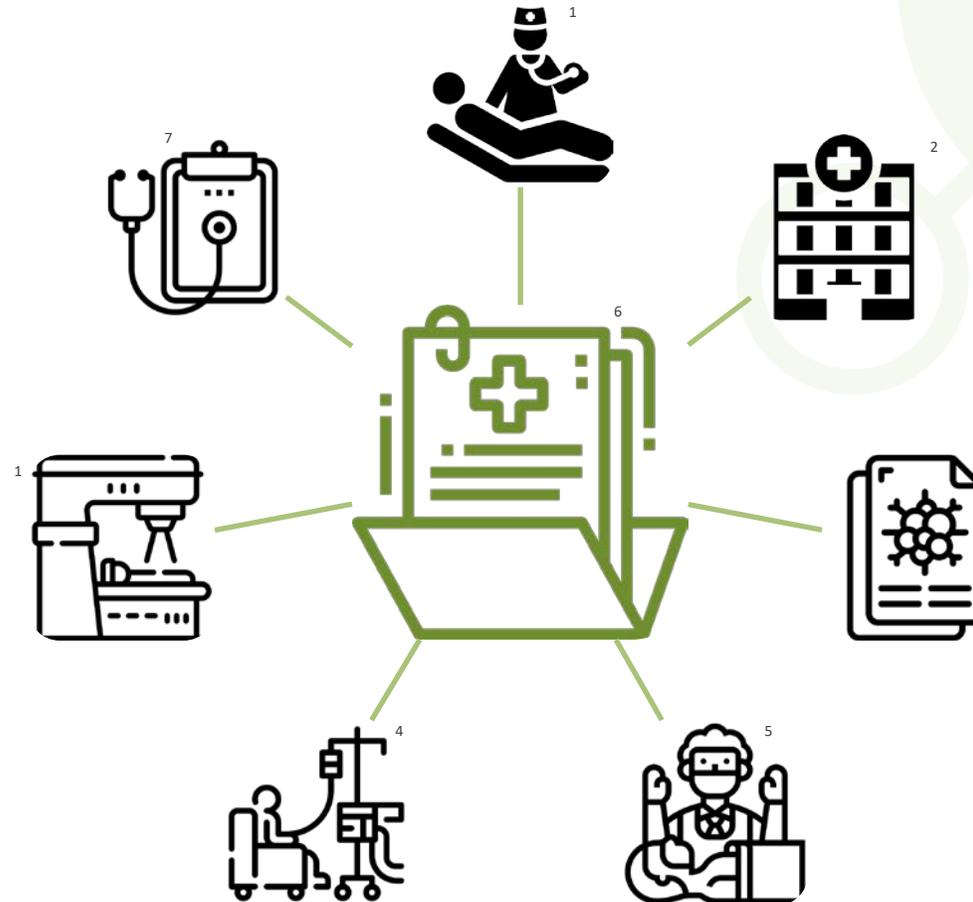
# Behandlungspfade der Patienten – Weg zur Dokumentation



Icons © <https://www.flaticon.com/de/>



# Informationsquellen einer Tumormeldung



- ✓ sektorenübergreifend
- ✓ lebenslang
- ✓ strukturiert
- ✓ vollständig
- ✓ plausibel
- ✓ **nutzbar**

Icons © <https://www.flaticon.com/de/>



## Diagnostik (ambulant)

---

- Durchführung durch: Hausärzte, Internisten, Gastroenterologen
- erste Diagnostik (Anamnese, iFOBT (Blut-im-Stuhl-Test), Koloskopie, Biopsie, Sonografie..)
- Nutzung Früherkennungsuntersuchungen ab dem 50. Lebensjahr oder Überweisung bei Symptomen (Bsp.: Blut im Stuhl, anhaltende Bauchschmerzen, unklarer Gewichtsverlust)
- beim Gastroenterologen ggf. mit Ersttherapie (z.B. Polypektomie)

### Wer ist meldepflichtig?

- Gastroenterologe: hinreichende Sicherung notwendig, meldepflichtig ab HGIN (high grad intraepitheliale Neoplasie, Wien Kategorie 4)
- Ausnahme Hausarzt: Therapieverweigerung oder Tumortod ohne Staging

### Umfang der Meldung?

- immer: Lokalisation, gern mit cm-Angabe , Morphologie, bei Polypektomie: pTNM, R-Status

Diagnosedatum? – Koloskopiedatum



## Überweisung ins Krankenhaus

---

→ Fortsetzung Diagnostik (CT, MRT, PET, Blutuntersuchungen...) = Staging



## interdisziplinäre Tumorkonferenz

### **prätherapeutische Tumorkonferenz**

bei Pat. mit Rektumkarzinomen und Kolonkarzinom (nur Stadium IV)

→ **Ziel:** Erreichung Tumorfreiheit durch OP

**postoperative Tumorkonferenz** bei allen Pat. mit kolorektalen Karzinomen

→ ggf. anschließende Chemotherapie oder Nachsorge



## Behandlung - stationär

- Meldeanlässe: Pathologie, Diagnose mit weiterem Sachverhalt, OP, Radiatio, internist. Therapie, Tod
  - OP-Datum, OPS-Code, R-Klassifikation, pTNM
  - exakte Datumsangaben notwendig (z.B. für Berechnung postoperative 30d-Mortalität)
  - Anzahl untersuchter und befallener Lymphknoten
  - OP-Komplikationen und Operateure meldepflichtig, Grenzen bei Epikrisen
  - organspezifisch für Kolon: Vorliegen einer Mutation im K-ras-Onkogen, Modalität der Eingriffsdurchführung (Elektiv / Notfall), Einstufung des Patienten nach der ASA-Klassifikation bei präoperativer Untersuchung durch den Anästhesisten (Aspekt für Risikoadjustierung)
- idealer Zeitpunkt der Tumormeldung? - Klärung im Klinikablauf notwendig
  - im Normalfall: bei Entlassung bzw. wenn alle Untersuchungsergebnisse eingeflossen sind
- elektronische Meldungen im Idealfall aus KIS, jedoch noch im Entwicklungsstadium und bisher nur geringe Integration in KIS-Systeme



## Behandlung / Nachsorge - ambulant

---

- internistische Therapie: niedergelassene Onkologen
- Nachsorge: Hausarzt / Facharzt
  
- idealer Zeitpunkt der Tumormeldung?
  - bei Beginn und Ende system. Therapie oder bei Therapiewechsel
  - Meldepflicht bei Statusänderung oder Tod
  
- Sonderfall: erste Vollremission nach nicht vollständiger Tumorfreiheit aus der Klinik



## Fallbeispiele

- 
- m / Alter bei Diagnose: 76
  - Diagnose: 09/2015, Adenokarzinom (81403) – Colon ascendens (C18.2)
  - Behandlung:
    - 09/2015 endoskopische Polypektomie<sup>1</sup> (5-452.21) – R1
    - 09/2015 Tumorkonferenz<sup>2</sup>
    - 10/2015 Hemikolektomie rechts<sup>2</sup> (5-455.41) – R0 (pT1|pN0(0/22)|cM0)
    - 10/2015 Tumorkonferenz<sup>2</sup> – Entscheidung strukturierte Nachsorge
  - Letzte Information: 12/2020 Vollremission

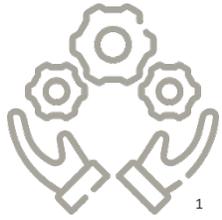
<sup>1</sup>ambulant | <sup>2</sup>stationär



## Fallbeispiele

- m / Alter bei Diagnose: 67
- Diagnose<sup>2</sup>: 07/2014, Adenokarzinom (81403) – Colon sigmoideum (C18.7)
- → cT3|cN0|cM1a (HEP) (Stadium IVA; Aufl. 7)
- Behandlung:
  - 08/2014 Tumorkonferenz<sup>2</sup>
  - 08/2014 modifizierte Trisektorektomie links mit Cholezystektomie und Lymphadenektomie<sup>2</sup>  
(Ziel HEP-Met.) – R2/R0
  - 10/2014 laparoskopisch assistierte anteriore Resektion mit PME<sup>2</sup> (5-484.35) – R0  
(pT3a|pN1c|pM1a)
  - 10/2014 Tumorkonferenz<sup>2</sup>
  - 12/2014 – 06/2015 adj. Chemotherapie<sup>1</sup> (5FU-Leukovorin)
  - 07/2015 Nachsorge<sup>1</sup> – R0
- Letzte Lebendinformation: 07/2021

<sup>1</sup>ambulant | <sup>2</sup>stationär



## Erfahrungen aus der Praxis

---

- Sigmakarzinom und tiefe anteriore Resektion, Hemikolektomie links rechts verwechselt
  - Plausibilität von OPS-Codes
- Pathologe hat keine Angaben über LK-Befall und Umfelddiagnostik (NX, MX)
- Klinik schreibt Pathologiebefund mit NX, MX ab!!!
  - keine vollständige Diagnosemeldung

TNM, 8. Auflage, Seite 8 (Prof. Wittekind):

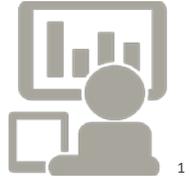
„Die Kategorie MX wird als unzureichend angesehen, da für die Bestimmung der klinischen M-Klassifikation die klinische Untersuchung ausreichend ist...“



## Ziel und Zweck der Tumordokumentation

---

- Beschreibung der Behandlungsqualität in der Region (Einhaltung von Leitlinien)
- Ergebnisqualität zum Vergleich mit Studienergebnissen oder anderen Regionen
- Unterstützung für Zertifizierung
- Optimierungspotentiale aufdecken und Qualitätsverbesserungen anstoßen
- Entscheidungsgrundlage für Versorgungs- und Förderungsempfehlungen
- Forschung mit retrospektiven bevölkerungsbezogenen klinischen Daten



## Qualitätsindikatoren / Zertifizierung

---

- QI 1: Erfassung der Familienanamnese
  - QI 2: vollständige Befundberichte nach Tumorresektion bei KRK
    - QI 1 und QI 2 (aktuell keine oder nicht alle Pflichtangaben im Basisdatensatz und dem organspezifischen Modul
      - Kooperationsvertrag notwendig für zusätzliche Erfassung und Auswertung durch KKR)
  - QI 3: Mutationsbestimmung bei metastasiertem KRK
  - QI 4: Kombinationschemotherapie bei metastasiertem KRK
  - QI 7: Vorstellung Tumorkonferenz
  - QI 8: adjuvante Chemotherapie
  - QI 10: Anastomoseninsuffizienz Kolonkarzinom
-

---

Vielen Dank für  
Ihre Aufmerksamkeit!

# Quellen

---

→ Liste aller genutzten Icons:

- <sup>1</sup> "Icon made by Freepik from [www.flaticon.com](http://www.flaticon.com)"
  - <sup>2</sup> "Icon made by Dimi Kazak from [www.flaticon.com](http://www.flaticon.com)"
  - <sup>3</sup> "Icon made by Smashicons from [www.flaticon.com](http://www.flaticon.com)"
  - <sup>4</sup> "Icon made by wanicon from [www.flaticon.com](http://www.flaticon.com)"
  - <sup>5</sup> "Icon made by Eucalyp from [www.flaticon.com](http://www.flaticon.com)"
  - <sup>6</sup> "Icon made by Nhor Phai from [www.flaticon.com](http://www.flaticon.com)"
  - <sup>7</sup> "Icon made by itim2101 from [www.flaticon.com](http://www.flaticon.com)"
- 
- <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/021-007OL.html>

<sup>1</sup> ambulant | <sup>2</sup> stationär