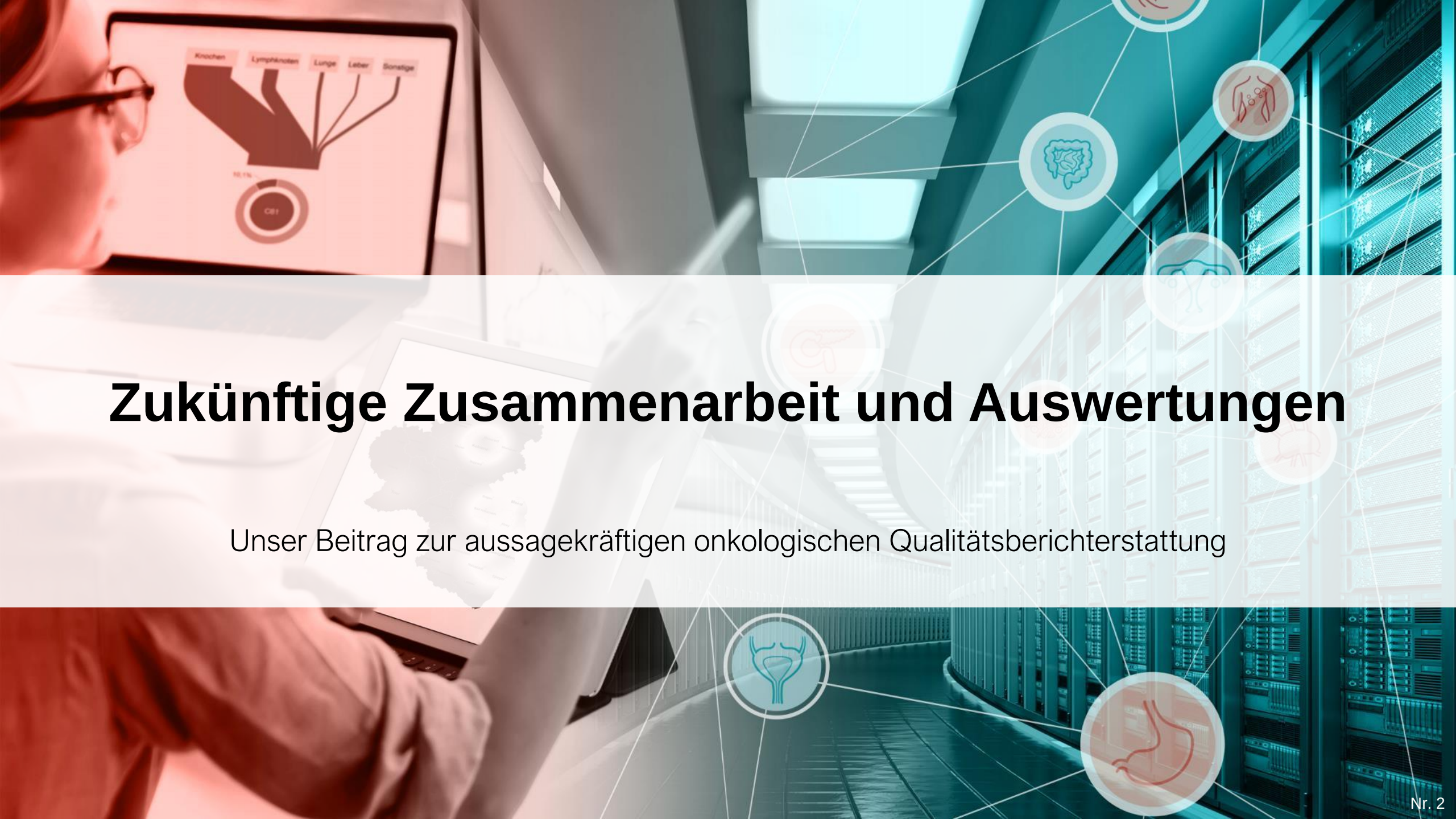




Krebsregister Rheinland-Pfalz



Zukünftige Zusammenarbeit und Auswertungen

Unser Beitrag zur aussagekräftigen onkologischen Qualitätsberichterstattung

Agenda

1. Zusammenarbeit und Auswertungen national
2. Zusammenarbeit und Auswertungen regional
3. Zusammenarbeit intersektoral
4. Digitaler Ausblick



1

AUSWERTUNGEN UND ZUSAMMENARBEIT NATIONAL

Zentrum für Krebsregisterdaten ZfKD



Am Robert-Koch-Institut in Berlin



führt die Daten der Landeskrebsregister auf
Bundesebene zusammen



Bisher nur Auswertungen zur Krebs epidemiologie:
„Krebs in Deutschland“ alle 2 Jahre

Zentrum für Krebsregisterdaten ZfKD



Künftig werden klinische und epidemiologische Daten aus den Krebsregistern zusammengeführt



Bundesweite Plattform zur Zusammenführung von Daten aus Krebsregister, Krankenkassendaten und Studien



Größere Datengrundlagen bei seltenen Entitäten



Registerstudien und Versorgungsforschung



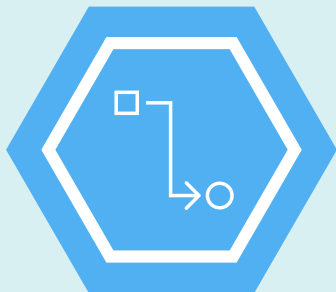
2

AUSWERTUNGEN UND ZUSAMMENARBEIT REGIONAL

Regionale Qualitätskonferenzen



Qualitätsbestimmende und qualitätsverbessernde Prozesse und Ergebnisse offen präsentieren und diskutieren



Auswertebezirke bei großen Entitäten (Darm) kleinteiliger

Regionale Qualitätskonferenzen



„Rheinland-pfälzische WiZen-Studie:
Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen
Zentren“

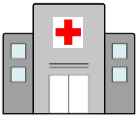


Benchmarking



Ziel: Zum Wohle der Patientinnen und Patienten von
den Besten lernen!

Zertifizierte Zentren in Rheinland-Pfalz



Mit nahezu allen der 73 Zentren bestehen Kooperationsverträge



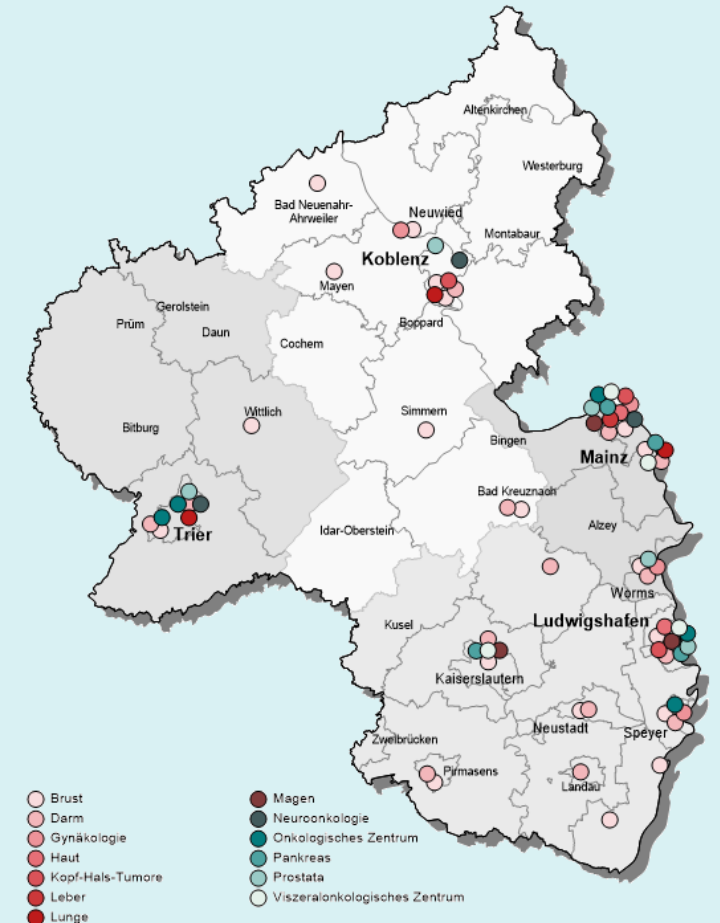
verstärkte und engere Zusammenarbeit



Unterstützungsmöglichkeiten bei Forschungsvorhaben



Ziel: Substantielle Unterstützung in allen Phasen der Zertifizierungen und der Audits



Freuen Sie sich auf...

1	REGIONALE QUALITÄTSKONFERENZEN	Mindestens 3 regionale Qualitätskonferenzen zum Thema Kolorektale Karzinome
2	LANDESWEITE QUALITÄTSKONFERENZ	Eine landesweite Qualitätskonferenz zum Thema Prostatakarzinom
3	WORKSHOPS	Zwei Workshops für Zentrumsleiter und Zentrumskoordinatoren



3

ZUSAMMENARBEIT INTERSEKTORAL

Pharmazeutische Industrie



Klinische Krebsregister haben eine Vielzahl von sogenannten Real-World-Daten



Ansprüche an Real World Daten von beiden Seiten formuliert und ausgetauscht



Zukünftige Zusammenarbeit ?

OnkoZert GmbH

Die OnkoZert GmbH ist als Exekutive der Deutschen Krebsgesellschaft DKG mandatiert → Pilotprojekt OncoBox-Compare (Prostatakarzinom)



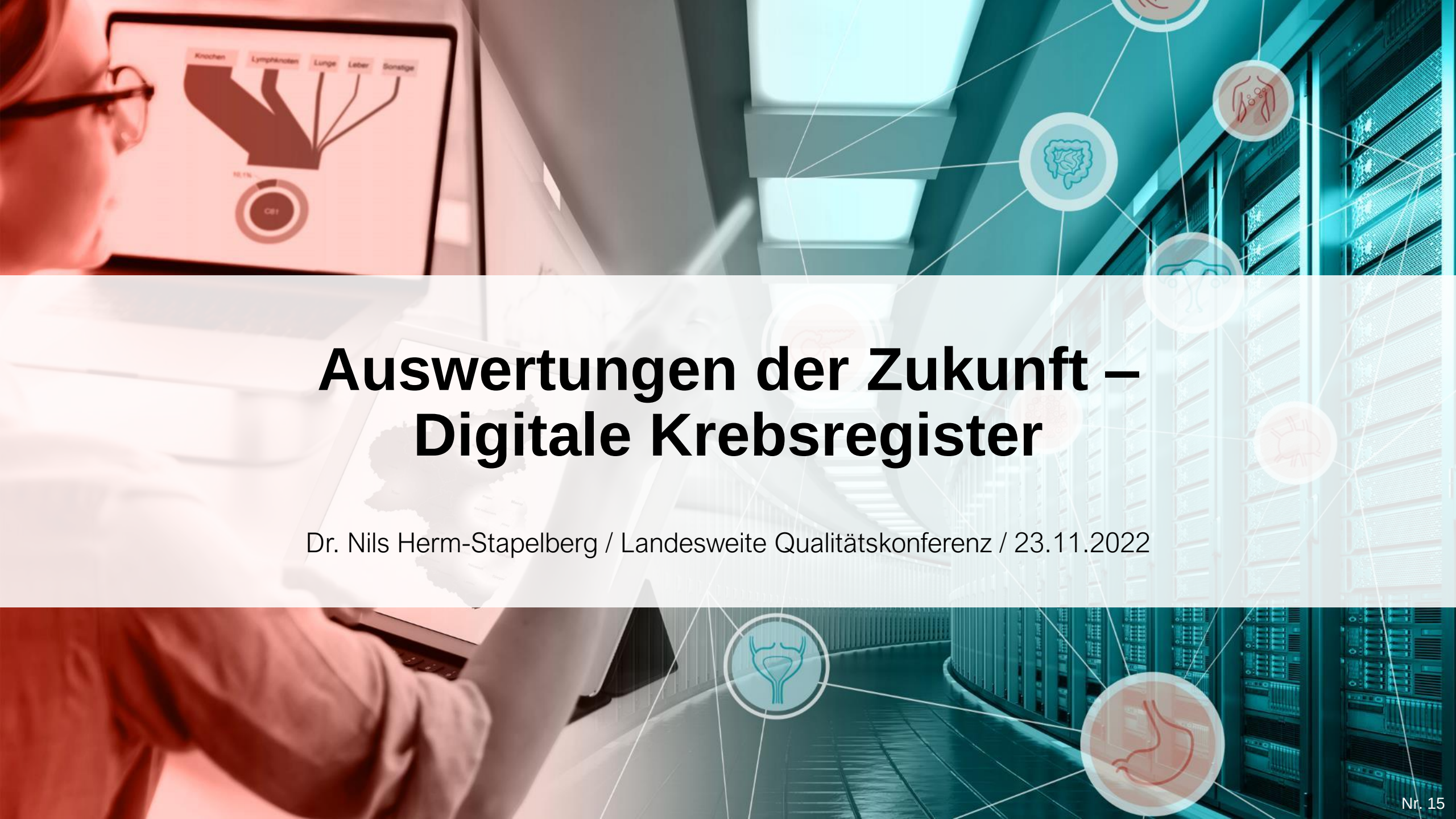
Übereinstimmungsquote der Datengrundlagen ausgewählter zertifizierten Pilotzentren mit dem KR von ca. 90%



Abschluss des Projekts und Publikation der Ergebnisse Anfang/Mitte 2023



Starkes Interesse an Folgeprojekten seitens der OnkoZert GmbH (z.B. OncoBox Lungenkarzinom)

The background is a collage. On the left, a person in a white lab coat looks at a laptop screen displaying a medical diagram of a human torso with labels: Knochen, Lymphknoten, Lunge, Leber, and Sonstige. Below these is a circular diagram with 'HbTN' and 'CEA'. On the right, there's a server room with blue lighting and a network diagram overlay featuring circular icons connected by lines, representing various organs like the brain, stomach, and intestines.

Auswertungen der Zukunft – Digitale Krebsregister

Dr. Nils Herm-Stapelberg / Landesweite Qualitätskonferenz / 23.11.2022

IOL

Interaktive onkologische S3-Leitlinien

- Automatisiert verarbeitbare Leitlinien, basierend auf GGPONC (<https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/projekte/ggponc-deutsch/>)
- Effiziente Nutzung der S3 Leitlinien durch schnelle und einfache Durchsuchbarkeit und Übersichtlichkeit
- Nutzung am PC möglich – direkt neben allen Informationen aus Ihrem PVS oder KIS

IOL - Interaktive onkologische S3-Leitlinien

IOL (Interaktive Onkologische S3-Leitlinien)

Version: 0.1beta

powered by



Krebsregister
Rheinland-Pfalz

 Anwendung

? FAQ

🗨 Kontakt

Disclaimer: **Bitte beachten Sie, dass wir keine Gewähr für den Inhalt der dargestellten Empfehlungen/Statements übernehmen oder mit dieser Anwendung Vorschläge zur Therapie unterbreiten wollen. Es handelt sich lediglich um eine Darstellung der onkologischen S3-Leitlinien.**

Leitlinie auswählen:

IOL - Interaktive onkologische S3-Leitlinien

IOL (Interaktive Onkologische S3-Leitlinien)

Version: 0.1beta



Anwendung

? FAQ Kontakt

Disclaimer: Bitte beachten Sie, dass wir keine Gewähr für den Inhalt der dargestellten Empfehlungen/Statements übernehmen oder mit dieser Anwendung Vorschläge zur Therapie unterbreiten wollen. Es handelt sich lediglich um eine Darstellung der onkologischen S3-Leitlinien.

Leitlinie auswählen:

Kolorektales Karzinom

Version: 2.1

Kapitelauswahl zurücksetzen

Kapitel auswählen:

9. Therapeutisches Vorgehen bei Metastasierung und in der palliativen Situation

Abschnitt auswählen:

9.3 Pharmakogenetische Diagnostik vor Beginn der Erstlinientherapie

Unterabschnitt auswählen:

...

Empfehlungen/Statements

1 bis 2 von 2 Einträgen

Zurück 1 Nächste

Suche

Nr.	Text	Kommentar	Typ	EG	LoE	Konsens	
Alle			Alle	Alle	Alle	Alle	
9.7	Die regelhafte Bestimmung von UGT1A1 vor Beginn einer palliativen CTX mit Irinotecan wird nicht empfohlen. Sie kann aber durchgeführt werden, V. a. bei Morbus Meulengracht oder anderen Bilirubin-Konjugationsstörungen.		Evidenzbasierte Empfehlung	0	3a	Starker Konsens	Hintergrundinformationen
9.8	Die Bestimmung des DPD-Mangels ist eine diagnostische Option vor Beginn einer Fluoropyrimidin-Therapie. Die regelhafte Evaluation des DPYD*2A -Polymorphismus kann durchgeführt werden.		Evidenzbasierte Empfehlung	0	2b	Konsens	Hintergrundinformationen

IOLE - Interaktive onkologische S3-Leitlinien

Anwendung

? FAQ

🗨 Kontakt

Disclaimer: Bitte beachten Sie, dass wir keine Gewähr für den Inhalt der dargestellten Empfehlungen/Statements übernehmen oder mit dieser Anwendung Vorschläge zur Therapie unterbreiten wollen. Es handelt sich lediglich um eine Darstellung der onkologischen S3-Leitlinien.

Leitlinie auswählen:

Kolorektales Karzinom

Version: 2.1

Kapitel auswählen:

...

Empfehlungen/Statements

1 bis 3 von 3 Einträgen (gefiltert von 287 Einträgen)

Zurück

1

Nächste

Suche 🔍

präop stag

Nr. ⓘ

Text ⓘ

Kommentar ⓘ

Typ ⓘ

EG ⓘ

LoE ⓘ

Konsens ⓘ

▼Alle

7.5

Als Basisuntersuchungen des präoperativen Stagings des Kolorektalen Karzinoms sollen die Ultraschalluntersuchung des Abdomens und die konventionelle Röntgenaufnahme des Thorax in 2 Ebenen erfolgen. Im Falle eines unklaren Befundes oder des Verdachtes auf Fernmetastasen oder Infiltration von Nachbarorganen oder umgebende Strukturen soll ein Mehrzeilen-CT des Abdomens und Beckens bzw. im Falle des Verdachtes auf Lungenmetastasen ein CT des Thorax durchgeführt werden.

Konsensbasierte
Empfehlung

Konsens

Hintergrundinformationen

7.6

Mit einem präoperativen Staging-CT kann unterschieden werden zwischen Tumoren, die auf die Darmwand beschränkt sind und denen, die sie überschreiten. Die Identifikation des Nodalstatus gelingt jedoch signifikant schlechter. Die besten Ergebnisse bietet das Mehrzeilen-CT (MSCT).

Konsensbasierte
Empfehlung

Konsens

Hintergrundinformationen

7.19

Eine intraoperative Inspektion und, bei offener Operation, die Palpation der Leber sollte in jedem Fall, d.h. auch bei unauffälligem präoperativen Staging, erfolgen. Bei suffizienter präoperativer Diagnostik rechtfertigt der diagnostische Zugewinn nicht den Aufwand einer intraoperativen Sonographie zur Suche nach weiteren Metastasen.

Konsensbasierte
Empfehlung

Konsens

Hintergrundinformationen

IOI - Interaktive onkologische S3-Leitlinien

Disclaimer: Bitte beachten Sie, dass wir keine Gewähr für den Inhalt der dargestellten Empfehlungen/Statements übernehmen oder mit dieser Anwendung Vorschläge zur Therapie unterbreiten wollen. Es handelt sich lediglich um eine Darstellung der onkologischen S3-Leitlinien.

Leitlinie auswählen:

Kolorektales Karzinom

Version: 2.1

Kapitel auswählen:

...

Empfehlungen/Statements

Hintergrundinformationen

Literaturhinweis

1 bis 1 von 1 Einträgen

Zurück

1

Nächste

Suche

...

Rubrik

Hintergrundinformationen zur Empfehlung bzw. Statement 7.5

Ziel einer prätherapeutischen Bildgebung vor Therapieeinleitung ist zum einen, das Vorliegen von Fernmetastasen zu klären. So liegen zum Zeitpunkt der Erstdiagnose eines Kolonkarzinoms bei 25% der Patienten Fernmetastasen vor: in 13% auf ein Organ beschränkt (M1a), in 12% in mehr als einem Organ oder im Peritoneum (M1b). Lebermetastasen finden sich in 19%, Lungenmetastasen in 3%, Peritonealmetastasen in 9%. Weitere Fernmetastasen in nichtregionären Lymphknoten (2%), der Haut (2%), des Ovars (1%), der Knochen (<1%) oder anderer Lokalisationen (2%) sind selten.

Für das Rektumkarzinom beträgt die Häufigkeit von Fernmetastasen bei Erstdiagnose 18%: in 12% auf ein Organ beschränkt (M1a), in 6% in mehr als einem Organ oder im Peritoneum (M1b). Fernmetastasen in der Leber finden sich bei 15%, Lungenmetastasen in 4%. Weitere Fernmetastasen finden sich bei 3% im Peritoneum, bei 2% in nichtregionären Lymphknoten. Fernmetastasen in der Haut, Knochen, Gehirn, Ovar oder anderen Lokalisationen finden sich jeweils in weniger als 1%. [Daten aus Klinischem Krebsregister der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg].

Zur Klärung von Lebermetastasen soll primär die Abdomen-Sonographie eingesetzt werden (Sensitivität 63-86%, Spezifität 98%^{360 361 362}. Bei verdächtigen Befunden oder unzureichender Beurteilbarkeit der Leber in der Sonographie oder klinischen Verdacht auf das Vorliegen von Lebermetastasen ist ein Mehrzeilen-CT des Abdomens durchzuführen (Sensitivität 75-83%, Spezifität 95-98%^{923 926}. Das Mehrzeilen-CT ist auch am besten geeignet für die Zuordnung der Metastasen zu den Lebervenen, den Hilusstrukturen sowie der Vena cava, die zur Beurteilung der Resektabilität von Lebermetastasen erforderlich ist (siehe Kapitel 7.7.5). Das Ausmaß der Leber-metastasierung wird am besten durch die Magnetresonanztomographie erfasst (Sensitivität und Spezifität: MRT 80-88% und 93-97%, CT 74-84% und 95-96%).^{360 361 362 363}. Die kontrastmittelverstärkte Sonographie der Leber ist CT und MRT annähernd gleichwertig (Sensitivität 83-86%, Spezifität 94-98%), setzt jedoch adäquate Qualitätsstandards (technische Ausrüstung und Erfahrung des Untersuchers) voraus^{924 925 927}. Da das Mehrschicht-CT gleichzeitig eine Aussage zur lokalen Tumorausdehnung erlaubt (siehe unten) besteht die Tendenz, statt bzw. in Ergänzung zu einem Sono-Abdomen primär ein Abdomen-CT durchzuführen. In Studien ergab sich bei Patienten mit Kolonkarzinomen allerdings durch einen routinemäßigen Einsatz eines präoperativen Abdomen-CTs lediglich in wenigen Fällen eine Änderung des weiteren Vorgehens^{928 929}.

Literaturverzeichnis:

[360] Lin, O. S., Gerson, L. B., Soon, M. S., Schembre, D. B., Kozarek, R. A., *Risk of proximal colon neoplasia with distal hyperplastic polyps: a meta-analysis*. Arch Intern Med, 2005. **165**(4): p. 382-90., <http://archinte.jamanetwork.com/pdfaccess.ashx?url=/data/journals/intemed/12024/ira40053.pdf>

[361] Arora, A., Singh, P., *Colonoscopy in patients 80 years of age and older is safe, with high success rate and diagnostic yield*. Gastrointest Endosc, 2004. **60**(3): p. 408-13., http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15332032, [http://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(04\)01715-8/abstract](http://www.giejournal.org/article/S0016-5107(04)01715-8/abstract)

[362] Karajeh, M. A., Sanders, D. S., Hurlstone, D. P., *Colonoscopy in elderly people is a safe procedure with a high diagnostic yield: a prospective comparative study of 2000 patients*. Endoscopy, 2006. **38**(3): p. 226-30., http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16528647, <https://www.thieme-connect.com/DOI/DOI?10.1055/s-2005-921209>

7.4.2.1 Bedeutung einzelner bildgebender Verfahren (außer PET) zur Abklärung von Fernmetastasen bei der

IOI - Interaktive onkologische S3-Leitlinien

[Anwendung](#)[? FAQ](#)[Kontakt](#)

Disclaimer: Bitte beachten Sie, dass wir keine Gewähr für den Inhalt der dargestellten Empfehlungen/Statements übernehmen oder mit dieser Anwendung Vorschläge zur Therapie unterbreiten wollen. Es handelt sich lediglich um eine Darstellung der onkologischen S3-Leitlinien.

Leitlinie auswählen:

Kolorektales Karzinom

Version: 2.1

Kapitel auswählen:

...

Empfehlungen/Statements

1 bis 3 von 3 Einträgen (gefiltert von 287 Einträgen)

Zurück

1

Nächste

Suche

Nr.	Text	Kommentar	Typ	EG	LoE	Konsens	
Alle	fluor	Kommentar	Alle	Alle	Alle	Alle	Hintergrundinformationen
9.10	Bei reduziertem Allgemeinzustand , der eine intensive Chemotherapie nicht erlaubt, steht eine primär palliative, symptomatische Behandlung im Vordergrund. Es kann eine initiale Behandlung mit einem Fluor opyrimidin + Bevacizumab oder eine dosisreduzierten Chemotherapie-doulette (+/- Bevacizumab) durchgeführt werden. Bei Vorliegen von RAS-WT Tumoren im linksseitigen Kolon (ab linke Flexur) oder im Rektum kann darüber hinaus eine anti-EGFR-Monotherapie erfolgen.		Konsensbasierte Empfehlung	0	1++	Starker Konsens	Hintergrundinformationen
9.25	In der Erstlinienchemotherapie sollen bei gutem Allgemeinzustand und hoher Motivation in erster Linie Fluor opyrimidinbasierte Kombinationsregime mit infusionaler Verabreichung von 5- Fluor ouracil, wie FOLFIRI, FOLFOX oder FOLFOXIRI oder mit dem oralen Fluor opyrimidin Capecitabin (vorwiegend mit Oxaliplatin, CAPOX) eingesetzt werden.		Evidenzbasierte Empfehlung	A	1a	Konsens	Hintergrundinformationen
9.27	Bei herabgesetztem Allgemeinzustand können in Hinblick auf die Chemotherapie Fluor opyrimidin-Monotherapien (5- Fluor ouracil/Folinsäure oder Capecitabin) ge-wöhnlich in Kombination mit Bevacizumab eingesetzt werden.		Konsensbasierte Empfehlung	0	1++	Konsens	Hintergrundinformationen

Tabelle 1: Empfehlungen und Statements der ausgewählten Leitlinie.

Kopieren

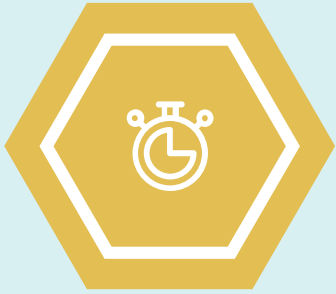
Herunterladen

IOL

Interaktive onkologische S3-Leitlinien

- **Steht zur Nutzung ab Heute zur Verfügung**
- <https://iol.krebsregister-rlp.de>
- Oder über unsere Website:
<https://www.krebsregister-rlp.de>
- Wir freuen uns auf Ihr Feedback!
- support@krebsregister-rlp.de
- 06131-97175-0

Drittmittelgeförderte Projekte



ZuVaKI

Nutzung von KI für Anomalieerkennung und Record Fusion
Ziele: Qualitätssicherung, Erhöhung Automatisierungsgrad, Effizienzsteigerung



TEMEK

Nutzung von KI für automatische Erkennung von Informationen aus Pathologiebefunden
Ziele: Erhöhung Automatisierungsgrad



EHDEN

European Health Data & Evidence Network
Ziele: Interoperabilität, Internationale Vernetzung

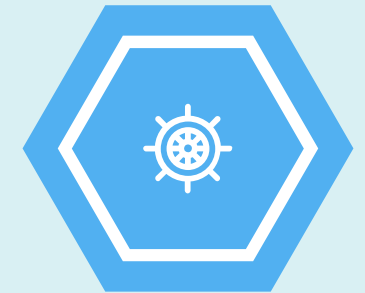
UPCARE

Aufbau einer Plattform zur KR übergreifenden Datenbereitstellung
Ziele: Interoperabilität, Internationale Vernetzung, Forschungsunterstützung durch Datenbereitstellung



Tumorkonferenzen

Aufbau standardisierter Anmeldung zu Tumorkonferenzen
Ziele: Effizienzsteigerung, Verbesserung der onkol. Versorgung



Weitere assoziierte Projekte

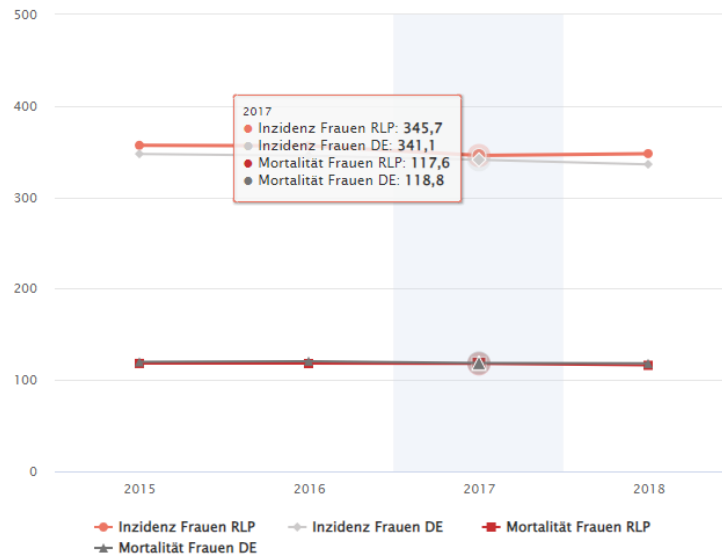
z.B. Projekt zum Abgleich von Krankenkassendaten mit Krebsregisterdaten, KITTU



Ausblick

Detailauswertung

Altersstandardisierte Raten Frauen (/100.000), Europastandard



Altersstandardisierte Raten Männer (/100.000), Europastandard



Altersstandardisierte Inzidenzrate (/100.000), Europastandard

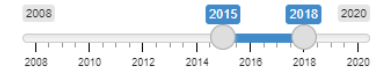
Geschlecht	Deutschland	RLP
Alle	378	389,5
Frauen	342,6	351,7
Männer	413,5	427,3

Altersstandardisierte Mortalitätsrate (/100.000), Europastandard

Geschlecht	Deutschland	RLP
Alle	148,1	146,8
Frauen	119,4	117,4
Männer	176,8	176,1



Diagnosezeitraum



Tumor:

Krebs gesamt (C00-C97 ohne C16 und C44)

Art der Auswertung:

Altersstandardisierte Auswertungen

Altersgruppe:

18 Altersgruppen ausgewählt

Ausblick

Interaktive Auswertungen

1	INTERAKTIV	Eigene Auswertungen und Ansichten mit wenigen Klicks erstellen
2	JEDERZEIT VERFÜGBAR	Keine Wartezeit – keine Anfragen nötig
3	AKTUELL	Immer die aktuellsten qualitätsgesicherten Daten, die dem Krebsregister gemeldet wurden
4	BEDARFS- GERECHT	Auf individuelle Bedürfnisse anpassbar – z.B. nur die Entitäten, die für Sie relevant sind
5	U.V.M.	Auswertungen zu Neuerkrankungen, Mortalität, Fernmetastasen, UICC Stadien, Therapien.....

DATEN
AUSWERTEN

FORSCHUNG
UNTERSTÜTZEN

KREBS
BEKÄMPFEN

www.krebsregister-rlp.de