

Qualitätsmanagement in der Onkologie

Mammakarzinome in Nordrhein 1996: Häufigkeit, Diagnostik, Stadienverteilung

Arbeitsgruppe Bilanz für die Onkologischen Schwerpunkte des Landesteils Nordrhein¹

Einleitung

Die onkologischen Schwerpunkte in Nordrhein (OSP) erfassen flächendeckend alle Tumorerkrankungen im Einzugsgebiet mit insgesamt annähernd 10 Millionen Menschen. Seit ihrer Gründung in den frühen 90er Jahren leisten die OSP einen unverzichtbaren Beitrag zur Qualitätssicherung in der onkologischen Versorgung durch die in der Bundesrepublik einzigartige Verzahnung zwischen stationärem und ambulanten Bereich. Ziel der OSP ist es, die nach neuesten medizinischen Standards bestmögliche Therapie für den Patienten zu garantieren.

Das exakte Monitoring des Krankheitsverlaufes und ein nahezu lückenloses Follow-Up ermöglichen im Vergleich zu anerkannten Therapiestandards – wie beispielsweise evidenz-basierte Leitlinien – eine Evaluation der Versorgungsqualität und bieten die Chancen für gezielte Interventionen.

Am Beispiel des Mammakarzinoms legen die OSP zum Thema „Europa gegen den Krebs – Brustkrebs bekämpfen“ des Jahres 1996 eine Analyse der 1996 diagnostizierten und erfaßten Mammakarzinome in Nordrhein vor. Ziel dieser Studie war, die Häufigkeit des Auftretens eines Mammakarzinoms in der Region Nordrhein insgesamt und für die jeweiligen OSP unter Berücksichtigung von Schlüsselindikatoren für die Erfassungsqualität (Flächendeckung, Anteil von feh-

lenden Merkmalen) darzustellen. Die Verteilung wichtiger prognostischer Faktoren wie die Stadienverteilung bei Diagnose, histologisches Grading und Morphologie sowie die Art der Tumorentdeckung (gesetzliche Früherkennung, Selbstuntersuchung oder anderes) und die Integration in die Nachsorge wurden untersucht.

Methoden

► Ziele der Datenerhebung

Die onkologischen Schwerpunkte im Landesteil Nordrhein versorgen insgesamt eine Bevölkerung von etwa 10 Millionen Einwohnern, wobei die Versorgungsbereiche einzelner Schwerpunkte unterschiedliche Größen aufweisen (zwischen 700.000 und 2,1 Mio Einwohnern). Ziel der Schwerpunkte ist es, flächendeckend alle neu aufgetretenen Tumorerkrankungen im Einzugsbereich zu erfassen und eine wohnortnahe, qualitätsgleiche medizinische Versorgung zu ermöglichen.

► Datenerfassung und Validität

Alle 8 onkologischen Schwerpunkte im Landesteil Nordrhein verwenden einheitliche Erfassungsinstrumente und dasselbe Datenbanksystem („AKOS“). Die auf den standardisierten Bögen enthaltene Information zu Erstdiagnose, Therapie, Nachsorge und Follow-Up wird in den onkologischen Schwerpunkten von Ärzten gesichtet und nach Validierung anhand von pa-

thologischen Befunden, Plausibilitätskontrolle und eventuell erforderlichen Nachfragen bei den meldenden Ärzten eingegeben. Von den OSP Nordrhein wurden einheitliche Dokumentationsregeln erarbeitet, die sich an Standards orientieren und von allen OSP angewendet werden.

► Sicherung der Datenqualität

Als Indikatoren werden der Anteil fehlender Daten (Missing Values), insbesondere fehlender Tumorstadien bei Diagnose, sowie der Anteil der aus der Nachsorge herausgefallenen Fälle (lost to follow-up-cases) herangezogen. Neunzig Prozent der Erstmeldungen an die onkologischen Schwerpunkte erfolgen über die Krankenhäuser, in denen die Primärtherapie stattfindet. Regelmäßige Unterweisung in die Dokumentationspraxis wird von allen OSPs in den Mitgliedskrankenhäusern und bei anderen interessierten Ärzten durchgeführt. Automatische Plausibilitätskontrollen sind zum Teil in das Datenbanksystem integriert. Dies kann die von den Ärzten vorgenommene inhaltliche Plausibilitätsprüfung allerdings nicht vollständig ersetzen.

► Datenanalyse

Alle zwischen dem 1.1.1996 und 31.12.1996 diagnostizierten Mammakarzinome im Einzugsbereich der OSP Nordrhein wurden in die vorliegende Analyse aufgenommen. Eine zentral erstellte Datenbank-

¹Dr. A. Spelsberg (TUZ Aachen e.V.); M. Sagner (OSP Bergisch-Land e.V.); Dr. med. O. Funken (OSP Bonn e.V.); Dipl.-Biol. H. H. Brenner (OSP Düsseldorf, Mettmann, Neuss e.V.); E. Karper-Richter (OSP Duisburg e.V.); Dr. med. A. J. Müller (OSP Köln e.V.); B. Lovenfosse (OSP Linker Niederrhein e.V.); Dipl.-Inf. R. Mesnaric (OSP Ruhr e.V.)

abfrage wurde identisch in allen 8 Onkologischen Schwerpunkten zum Datenretrieval eingesetzt. Die Datenbankauszüge wurden zusammengeführt und mit Hilfe von Statistik- und Graphiksoftware (SAS, MS-EXCEL, MS-Power-Point, Presentations) deskriptiv analysiert.

Ergebnisse

Im Einzugsgebiet der OSP Nordrhein wurden 1996 insgesamt 3040 diagnostizierte Mammakarzinome erfaßt. In den einzelnen Leitstellen wurden dabei zwischen 158 (OSP Bonn) und 544 Fälle (OSP Köln) dokumentiert (Abbildung 1).

Bezogen auf die im Einzugsbereich der OSP lebenden Frauen ergeben sich unterschiedlich hohe Inzidenzraten. So wurden im OSP Linker Niederrhein, korrigiert für eventuelle Altersunterschiede der Bevölkerungen, 108 Neuerkrankungen je 100.000 Frauen beobachtet. Ähnlich hohe Inzidenzraten wurden in Aachen (100/100.000 Frauen) und Bergisch-Land (95/100.000 Frauen) gemessen. Die Inzidenzraten sind damit annähernd so hoch wie die des Saarlandes (101/100.000 Frauen). Abbildung 2 zeigt die Unterschiede der Erfassung der Mammakarzinome in den einzelnen OSP.

Aus der Altersverteilung der Mammakarzinomfälle wird deutlich, daß in den höheren Altersgruppen über 60 Jahre eine Unterrepräsentation der Mammakarzinomfälle wahrscheinlich ist, da der Schwerpunkt der Verteilung entgegen der Erwartung nicht über 60 Jahren liegt.

Das Vorliegen eines histo-pathologischen Befundes mit den Informationen zur Stadienverteilung bei Diagnose, Tumormorphologie und histologischem Grading ist ein Gradmesser für die Qualität der erfaßten Daten. Abbildung 3 zeigt den Anteil der verschiedenen Tumorstadien. 73% der Mammakarzinome wurden als invasiv-duktales Karzinom diagnostiziert, 14% als lobuläre- und 3% als medulläre Karzinome. Angaben zur Tumorstadienverteilung wurden lediglich in 6,7% der Fälle nicht mitgeteilt.

Das Vorliegen der histo-pathologischen Charakteristika ermöglicht sowohl die Beurteilung der Schwere der Erkrankung bei Diagnose anhand des Tumorstadiums als auch die Einschätzung anderer prognostisch wichtiger Kriterien, z.B. des histologischen Grading. In den OSP Nordrhein wurden 1/3 der Mammakarzinome im Frühstadium, d.h. entweder im nicht-invasiven Stadium 0 (Carcinoma in situ) oder Stadium I (Tumorausdehnung < 2cm) entdeckt. Alle anderen Karzinome befinden sich bereits bei Diagnosestellung in einem prognostisch ungünstigeren, späteren Stadium.

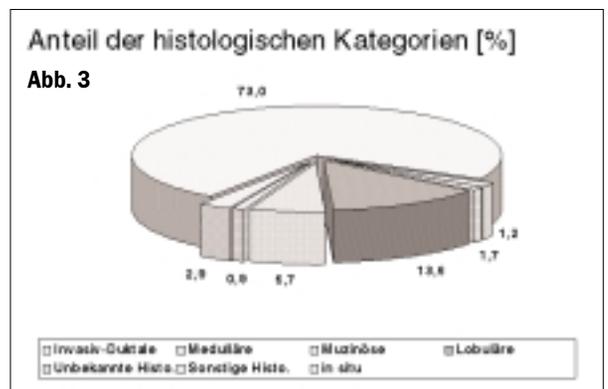
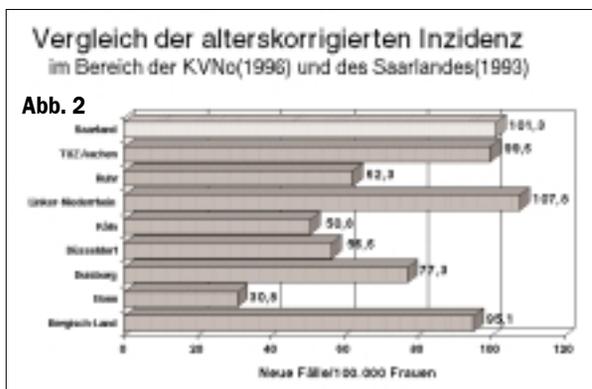
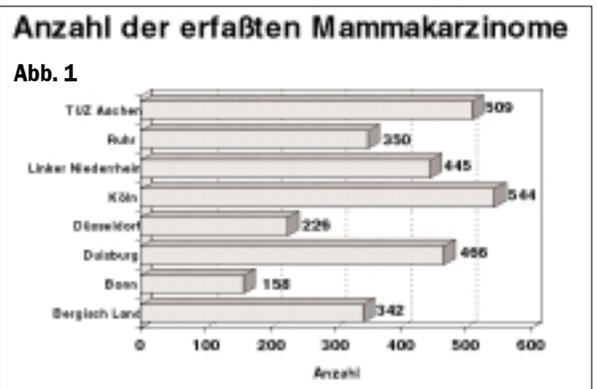
Etwa die Hälfte aller diagnostizierten Mammatumore werden als G2 Tumore (mittelgradige Differenzierung) klassifiziert 1/3 als G3 (geringer Differenzierungsgrad). Wenige

ge Tumore werden als Zwischenstufen G1-2 (GB), G2-3 (GH) eingestuft. Der Anteil des nicht bekannten Differenzierungsgrades liegt bei 8%.

Betrachtet man die Verteilung des Differenzierungsgrades nach OSP getrennt, so ergeben sich deutliche Unterschiede z.B. bei der Vergabe der G3 Klassifizierung. Im OSP Bergisch Land kommt die Diagnose G3-Mamma-Tumor doppelt so häufig vor wie in Aachen und dreimal häufiger als im OSP Linker Niederrhein.

Die gesetzliche Früherkennung spielt bei der Diagnose der in den OSP erfaßten Mammakarzinome bisher nur eine untergeordnete Rolle. Lediglich 14% der registrierten Tumore wurden durch die Früherkennung entdeckt.

Dennoch zeigen die Daten der OSP, daß die gesetzliche Früherkennung einen Einfluß auf die Stadienverteilung bei Diagnose hat. Im Vergleich zu den anderweitig entdeckten Mammatumoren ist in der durch Früherkennung diagnostizierten Gruppe eine Verschiebung zugunsten der frühen Stadien zu verzeichnen. Über 50% der Tumore wurden



in der Früherkennungsgruppe im Stadium I und weitere 3,5% im Stadium 0 entdeckt, während bei den anderen Tumoren lediglich 30% Frühstadien bei Diagnose vorlagen. (Abbildung 4)

60 Jahre. Hier müssen Anstrengungen unternommen werden, um eine bessere Flächendeckung zu erzielen.

Hervorzuheben ist, daß in annähernd allen Fällen histologische Befunde vorliegen, die die Be-

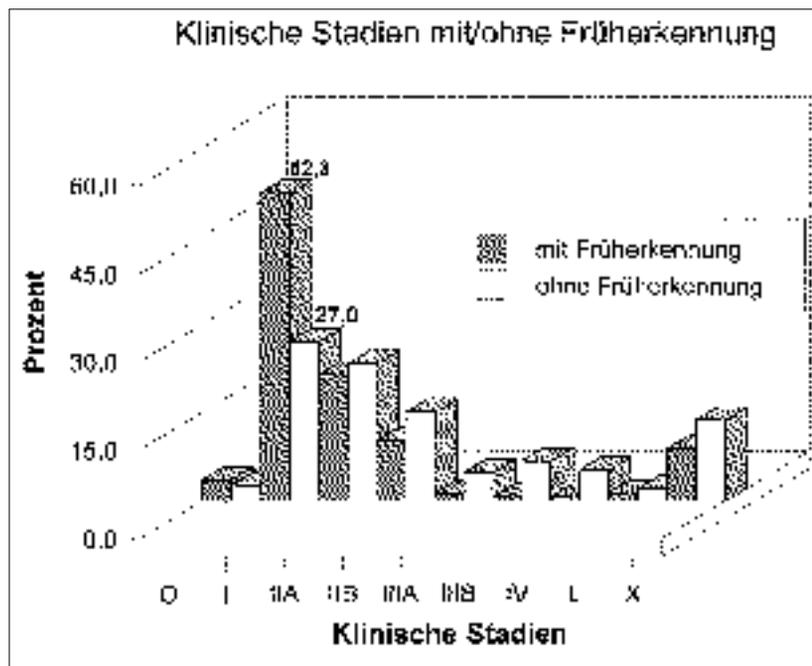
Teilnehmerinnen erhöht werden [3]. In den USA konnten in den letzten Jahren deutliche Verschiebungen zugunsten lokalisierter Tumore in der Inzidenzentwicklung des Brustkrebses und ein Absinken der Mortalitätsrate festgestellt werden [4]. Diese Veränderungen werden auf die konsequente Umsetzung qualitätsgesicherter Mammographieprogramme zurückgeführt. In Europa werden in vielen Ländern derzeit Mammographiescreeningprogramme eingesetzt, so z.B. in Schweden, Dänemark, Frankreich, Großbritannien und den Niederlanden. Die Europäische Gemeinschaft hat darüber hinaus Qualitätsrichtlinien für Mammographie-Screening-Programme verabschiedet [5].

Die Daten der Onkologischen Schwerpunkte in Nordrhein belegen, daß die derzeitige Früherkennung des Brustkrebses in der Bundesrepublik verbesserungsbedürftig ist. Einerseits gilt es, den Anteil der Frauen, die an der Früherkennung teilnehmen, zu erhöhen; andererseits sind Anstrengungen zu unternehmen, um Tumoren in einem möglichst frühen Stadium zu entdecken.

Die hier vorgestellten Analysen betreffen hauptsächlich den diagnostischen Teil. Daten zu Therapie, Nachsorge und Verlauf der Mammakarzinomerkrankungen in Nordrhein werden in weiteren Veröffentlichungen vorgestellt werden.

Literatur:

- [1] Parker SL, Tong T, Bolden S, Wingo PA. Cancer Statistics, 1996. CA Cancer J Clin 1996;65:5-27
- [2] (Quelle s. Publikation)
- [3] National Evaluation Team for Breast Cancer Screening (NETB): Nation-wide Breast Cancer Screening in the Netherlands: Support for Breast Cancer Mortality Reduction. Int J Cancer 1995; 60:777-80
- [4] Garfinkel MA, Boring CC, Heath CW: Changing Trends: An Overview of Breast Cancer Incidence and Mortality. Cancer 1994; 74:(Suppl)222-7
- [5] European Commission-Europe Against Cancer Program: European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening. Office for Official Publications of the European Community, 2nd edition, Luxembourg 1996



Über 80% der erfaßten Mammakarzinompatientinnen befinden sich in der regelmäßigen Nachsorge durch überwiegend niedergelassene Gynäkologen. Über die Struktur der OSP wird die bei Krebskranken erforderliche fach- und institutionsübergreifende Zusammenarbeit durch unmittelbare Verzahnung zwischen der stationären und ambulanten Versorgung gewährleistet.

Diskussion

Das Mammakarzinom ist die häufigste Krebserkrankung bei der Frau. Das lebenslange Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, wird in den USA derzeit auf 1 von 8 Frauen geschätzt [1]. Jährlich sterben in Deutschland 18.000 Frauen an dieser Krankheit.

Im Vergleich zum Krebsregister des Saarlandes haben die OSP Nordrhein bereits eine ähnlich gute Erfassungsdichte erreicht [2]. Lücken in der flächendeckenden Erfassung betreffen vor allem Mammakarzinome in höheren Altersgruppen über

urteilung von wichtigen Prognosefaktoren ermöglichen.

Anhand der Daten werden Unterschiede in der diagnostischen Beurteilung durch die Pathologen bei histologischer Klassifizierung und beim Differenzierungsgrad deutlich. Diese Unterschiede treten auch bei OSP mit gleich guter Erfassungsvollständigkeit auf und sind daher wahrscheinlich nicht durch einen „Selektionsbias“ zu erklären. Daher sollten sie Anlaß zu weiterführenden Untersuchungen geben und zur Diskussion in Qualitätszirkeln anregen.

Eine weitere wichtige Beobachtung betrifft die insgesamt eher verspätete Diagnostik der Mammakarzinome. Im internationalen Vergleich sind deutlich bessere Stadienverteilungen bei Diagnose durch erfolgreiche Einführung geeigneter Früherkennungsprogramme erzielt worden. So konnte in den Niederlanden die Stadienverteilung bei Diagnose von auch 1/3 Frühstadien zwischen 1986-90 seit Einführung des flächendeckenden Mammographie-Screenings auf 80% bei den