

06.10.2010

Workshop
„Entwicklung von Rückmeldeinstrumenten“

Erfolgreiche Rückmeldeinstrumente des OSP Stuttgart

C Junack, S Faißt, F. Brinkmann

Onkologischer Schwerpunkt Stuttgart e.V.

Rückmeldeinstrumente

Klin. Krebsregister seit 1988, 13 Krankenhäuser, 6700 Neuerfassungen/Jahr

- Erhebung Verlaufsinfo - zur Darstellung der RFZ
 - Datenrücklauf nachbetreuender Arzt
 - Lebensqualität der Patienten
- Jährlicher Vitalstatusabgleich – zur Darstellung ÜLZ
- Multivariate Auswertungen durch externen biometrischen Partner
- Rückmeldung der Ergebnisse an die Primärbehandler
- Unterstützung Organzentren (Brust, Darm, Prostata, Gyn, Lunge)
- Internetbasiertes Auswertungsprogramm - OCDM
- Benchmarking
 - OSP intern – verschiedene Kliniken, gem. Leitlinien
 - extern (bundesweit ADT)

Interaktives Auswertungsprogramm für Klinikärzte

Angemeldet als Roessle ([logout](#)) [Hilfe](#)  

OCDM

StartseiteBrustkrebsBronchialkrebsKolonkarzinomRektumkarzinomProstatakrebs

Kolonkarzinom30. März 2009

Analysemethode Subgruppen Ähnliche Fälle Cox-Regression

Anzahl der Profile: 1 2 3 4 Anzahl Fälle in Ausgabe

Dokumentation ja nein Definition des Ereignisses 'Tod'

Profil 1	Profil 2	Profil 3	
<input type="text" value="K 2"/>	<input type="text" value="K 3"/>	<input type="text" value="K 4"/>	Klinik
<input type="text" value="2000"/> - <input type="text" value="2008"/>	<input type="text" value="2000"/> - <input type="text" value="2008"/>	<input type="text" value="2000"/> - <input type="text" value="2008"/>	Einschluss derjenigen Patientinnen, bei denen die Erstdiagnose in dem ausgewählten Zeitraum liegt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Alter bei Erstdiagnose
<input type="text" value="adeno"/>	<input type="text" value="adeno"/>	<input type="text" value="adeno"/>	Histologischer Typ
<input type="text" value="T3 (> 5 cm)"/>	<input type="text" value="T3 (> 5 cm)"/>	<input type="text" value="T3 (> 5 cm)"/>	Größe des Tumors
<input type="text" value="Alle"/>	<input type="text" value="Alle"/>	<input type="text" value="Alle"/>	Anzahl der betroffenen Lymphknoten
<input type="text" value="Alle"/>	<input type="text" value="Alle"/>	<input type="text" value="Alle"/>	Fernmetastasen bei Erstdiagnose
<input type="text" value="Alle"/>	<input type="text" value="Alle"/>	<input type="text" value="Alle"/>	Klassifikation des Tumors
<input type="text" value="Alle"/>	<input type="text" value="Alle"/>	<input type="text" value="Alle"/>	ECOG Performance Status
<input type="text" value="Alle"/>	<input type="text" value="Alle"/>	<input type="text" value="Alle"/>	Operationsart

Alle

0

1

2

3

4

Interaktives Auswertungsprogramm für Klinikärzte

Angemeldet als Roessle ([logout](#)) [Hilfe](#)  

OCDM

Startseite | Brustkrebs | Bronchialkrebs | **Kolonkarzinom** | Rektumkarzinom | Prostatakrebs

Kolonkarzinom 30. März 2009

Name	von	bis	Alter	Geschlecht	Histologie	pT	pN	pM	Grading	Klinik	Überleben	Todesursache	Ereignis	Adjuvant	Ecog	Op- Art
Profil 1	2000	2008			adeno	T3			02							
Profil 2	2000	2008			adeno	T3			03							
Profil 3	2000	2008			adeno	T3			04							

Diagramme | **Überleben** | Daten

Kaplan-Meier | Hazard-Rate | Jahre | Alter | Geschlecht | Histologie | pT | pN | pM

Grading | Todesursache | Ereignis | Adjuvant | Klinik | Ecog | Op-Art

Profil 1: 528
Profil 2: 243
Profil 3: 258

Überleben

absolut relativ

Angemeldet als Roessle ([logout](#)) [Hilfe](#)  

OCDM

Startseite | Brustkrebs | Bronchialkrebs | **Kolonkarzinom** | Rektumkarzinom | Prostatakrebs

Kolonkarzinom 30. März 2009

Name	von	bis	Alter	Geschlecht	Histologie	pT	pN	pM	Grading	Klinik	Überleben	Todesursache	Ereignis	Adjuvant	Ecog	Op- Art
Profil 1	2000	2008			adeno	T3			02							
Profil 2	2000	2008			adeno	T3			03							
Profil 3	2000	2008			adeno	T3			04							

Diagramme | **Überleben** | Daten

Kaplan-Meier | Hazard-Rate | Jahre | Alter | Geschlecht | Histologie | pT | pN | pM

Grading | Todesursache | Ereignis | Adjuvant | Klinik | Ecog | Op-Art

Profil 1: 528
Profil 2: 243
Profil 3: 258

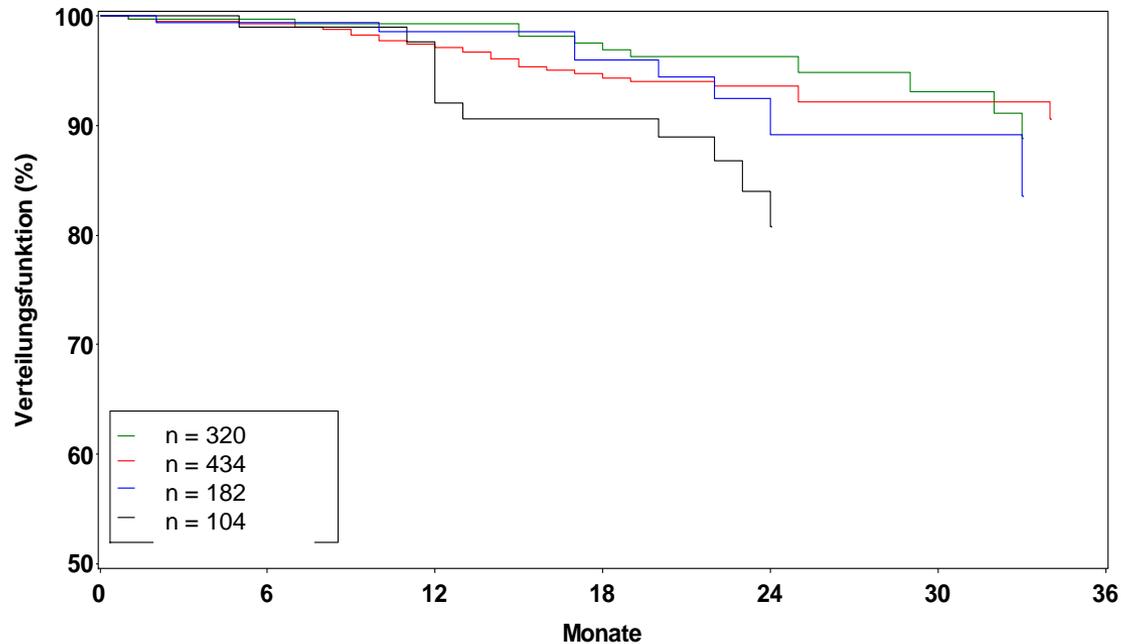
Häufigkeiten

absolut relativ

Multivariate Auswertung für Benchmarking

Kaplan-Meier-Schätzer für die Wahrscheinlichkeit einer rückfallfreien Zeit

Patienten der Verlaufspopulation mit Mamma-Karzinom



Klinik	12 Monate nach Diagnose			24 Monate nach Diagnose			36 Monate nach Diagnose		
	Kaplan-Meier-Schätzer (95% KI)	Rückfälle	Rest	Kaplan-Meier-Schätzer (95% KI)	Rückfälle	Rest	Kaplan-Meier-Schätzer (95% KI)	Rückfälle	Rest
X	99.36% (97.48-99.84)	2		96.27% (92.15-98.25)	7		88.82% (78.37-94.40)	11	
Y	97.11% (94.83-98.40)	11		93.59% (90.26-95.80)	21		90.63% (85.04-94.20)	24	
Restliche	98.64% (94.51-99.67)	2		89.15% (76.31-95.24)	7		83.58% (64.52-92.92)	8	
Z	92.11% (83.17-96.40)	6		80.81% (66.59-89.43)	11		-		

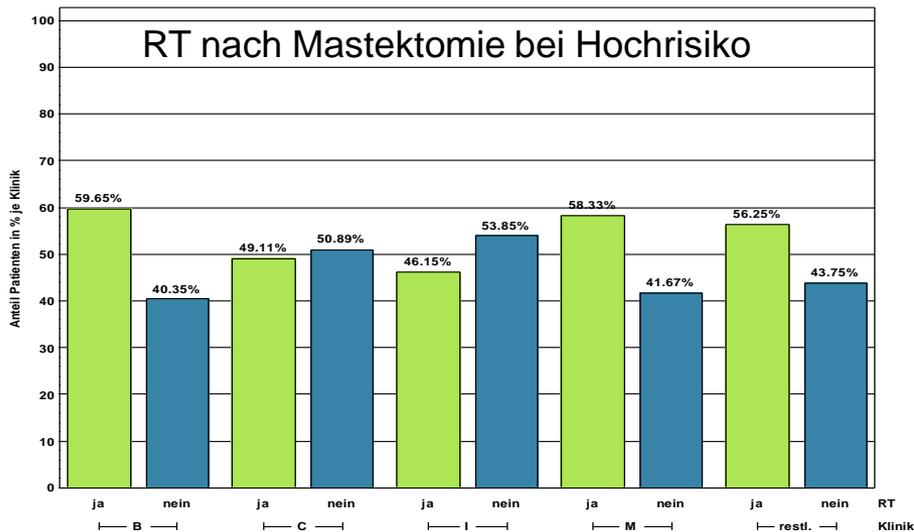
* Für Mammakarzinom werden im Folgenden die Kliniken mit einem Patientenanteil unter 10% zusammengefasst als restliche Kliniken ausgewertet.

Kollegiale Workshops

Mammakarzinom		Klinik n (%)	Klinik n (%)	Klinik n (%)	Klinik n (%)	Klinik n (%)	Rest n (%)
Grading	G1	6 (5.45)	95 (11.39)	71 (10.25)	3 (1.14)	27 (12.68)	9 (9.78)
	G2	71 (64.55)	587 (70.38)	468 (67.53)	134 (50.76)	137 (64.32)	60 (65.22)
	G3/4	33 (30.00)	152 (18.23)	154 (22.22)	127(48.11)	49 (23.00)	23 (25.00)

Ergebnis:

Kontaktaufnahme mit den Pathologien
- wird im nächsten Qualitätszirkel der
Mammaphathologie besprochen



Ergebnis:

Fragebogen an Patientinnen zur
Erhebung fehlender Therapien

Kollegiale Workshops

Beispiel Einzelfallanalysen

CODE	REZ_ART	rezmon	maxmon	tod	T	N	LK_BEF	LK_UNT	R	GRAD	ICD_O_DA	OP_BRUST
C123		.	25	1	pT1c	pN0	0	7	R0	G2	Invasiv duktal	nein

Zu wenige LK untersucht

Alter bei ED: 88J, multimorbide --> keine Axilladiss

C456	Lokalrezidiv	12	37	0	pT1c	pN0 (sn)	0	3	R0	G2	Invasiv lobulär	nein
------	--------------	----	----	---	------	----------	---	---	----	----	-----------------	------

Bei Nachresektion RT empfohlen; Warum keine brusterhaltende OP?

Alter bei ED: 88J, multimorbide --> keine Axilladiss

C789	Fernmetastasen	22	34	0	pT2	pN3	20	22	R0	G3	Invasiv lobulär	nein
------	----------------	----	----	---	-----	-----	----	----	----	----	-----------------	------

Multizentrität ist Kontraindikation für brusterhaltende Therapie; Großer Abstand OP und RT;

Multizentrität initial nicht bekannt, sekundäre Ablatio, Ende der CHT erst 18.3.05, deshalb RT so spät

C101	Fernmetastasen	23	36	0	pT1b	pN1a	1	13	R0	G2	Invasiv duktal	nein
------	----------------	----	----	---	------	------	---	----	----	----	----------------	------

Großer Abstand zwischen OP und Bestrahlung; In OSP-Leitlinie 6 - 8 Wochen nach OP empfohlen

Großer Abstand, da noch adj. CHT mit 6x FEC

Ergebnisse

- Erfolgreiches Benchmarking ist in der Region etabliert
- Lange Verläufe sind in der Onkologie notwendig – 5-Jahres-Verläufe bzw. 10-Jahres-Verläufe.
- Signifikante Unterschiede sind zwischen den Kliniken erkennbar, d.h. die Ergebnisqualität ist nicht überall die gleiche. Trends sind bereits früh erkennbar.
- Benchmarking ist wichtig, um Erfolg zu messen
- Aber: kollegialer Austausch und vertraulicher Umgang im geschützten Rahmen
- Benchmarking als Impulsgeber für konstruktives Lernen
- Effizienz der Arbeit in den Workshops kann noch nicht nachgewiesen werden => kaum Veränderungen beim Vergleich der Auswertungen aus mehreren Jahren
- Übertragung in die Regionale Qualitätskonferenz Stuttgart im Rahmen des Krebsregisters Baden-Württemberg wird angestrebt

Wichtig für den OSP Stuttgart:

- Klinikärzte können zeitnah und eigenständig die Daten des klinischen Krebsregisters abfragen (Online clinical data mining)
- Weitergehende multivariate Auswertungen durch externe Biometrie (zentrumsintern für Kliniken und Organzentren)
- Bundesweiter Vergleich mit anderen Tumorzentrum (ADT)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Benchmarking nach Anzahl der Partner

