



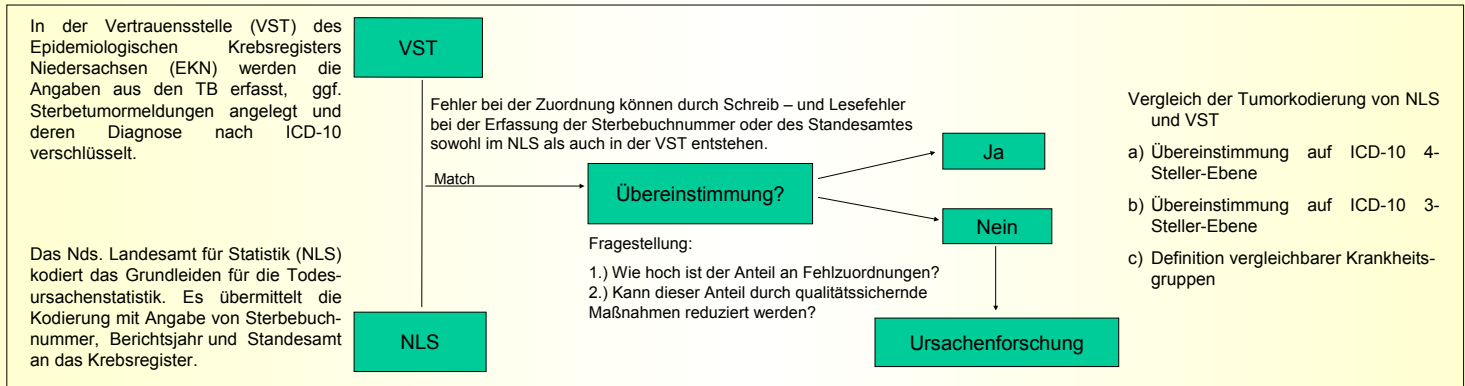
J. Kieschke¹, C. Langer¹, U. Pawlaczyk²

www.krebsregister-niedersachsen.de

¹ Registerstelle des Epidemiologischen Krebsregisters Niedersachsen (EKN), Oldenburg,

² Vertrauensstelle des EKN, Hannover

Die Erfassung von Todesbescheinigungen (TB) ist für ein epidemiologisches Krebsregister (KR) wichtig. Einerseits werden die Krebsmortalität und Überlebenszeitanalysen aus deren Angaben ermittelt, andererseits können über einen Vergleich der auf den TB angegebenen Tumoren mit den im Register erfassten Tumoren Anhalte für die Vollständigkeit des Registers erhalten werden.



Kodierung von Tumoren

Derzeit sind 198.849 Todesbescheinigungen (TB) in der Registerdatenbank der Registerstelle (RST) mit zugemachtem Grundleiden aus der Todesursachenstatistik des Niedersächsischen Landesamtes für Statistik (NLS) erfasst. Bei 52.502 TB wurden vom NLS als Grundleiden eine invasive maligne Erkrankung kodiert (ICD-10: Cxx.x). Die eigenständig kodierende VST legte in 98% der TB mit Tumoren eine Sterbeturmeldung mit weiteren Informationen an. Im Rahmen der Qualitätssicherung wurden die unabhängigen Kodierungen genauer analysiert (s. Abb. 1).

Bei 1.041 TB (2%) wies das zugemachte Grundleiden eine maligne Erkrankung auf, ohne dass von der VST eine Sterbeturmeldung angelegt wurde. Die Zuordnung der Grundleidenkodierung des NLS zu den Tumorangaben in der VST erfolgt über Sterbebuchnummer, Berichtsjahr und Standesamt. Hier können z.B. Tippfehler bei der Eingabe der Sterbebuchnummer zu Fehlzuordnungen führen. Die in der Vergangenheit erfolgte dezentrale Erfassung der Angaben aus den TB in den Gesundheitsämtern ergab unterschiedliche Erfassungsqualitäten.

Umgekehrt gab es 12.731 TB (20%) bei denen die VST eine Sterbeturmeldung anlegte, das NLS sich jedoch nicht für den Tumor als Haupttodesursache entschieden hatte. In der Regel betrafen diese Fälle Tumore, die in den ergänzenden Informationen als „wesentliche Erkrankung“ oder in der Epikrise erwähnt waren und nicht innerhalb der Kausalkette als Todesursache standen.

Vergleich der Tumorkodierung

Bei 51.461 TB haben sowohl das NLS als auch die VST eine Tumorkodierung vorgenommen. In 47.386 Fällen (92%) stimmte die Diagnosekodierung grundsätzlich (ICD-10: 3-Steller-Ebene), in 44.959 Fällen (87%) sogar exakt überein (ICD-10: 4-Steller-Ebene) (s. Abb.2).

Von den 4.075 abweichenden Kodierungen hatte das NLS 650 TB (16%) mit C97 kodiert (multiple Tumoren als Todesursache). In über 10% lautete eine der beiden Kodierungen C80 (unbekannte Primärlokalisation), d.h. der Kodierer hatte Bedenken, ob die beschriebene anatomische Region wirklich der Primärsitz war.

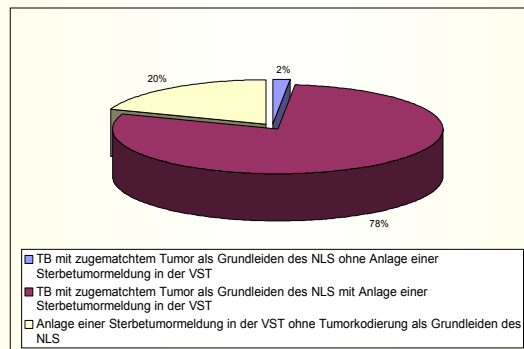


Abb. 1: Vergleich der Angaben bzgl. Grundleiden und Sterbeturmeldungen auf den Todesbescheinigungen

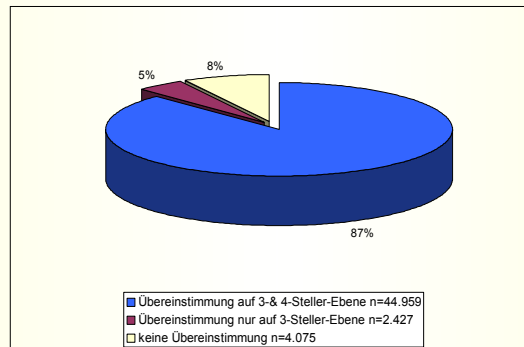


Abb. 2: Übereinstimmung der Tumorkodierung von NLS und VST

Definition	Amtliche Todesursachenkodierung ausgewählter Diagnosen (-gruppen)		Tumorkodierung der VST vergleichbarer invasiver Diagnosen (-gruppen)		Tumorkodierung der VST vergleichbarer nicht-invasiver Diagnosen (-gruppen)		Übereinstimmung NLS/VST	
	Anzahl	Definition	Anzahl	Definition	Anzahl	Definition	Anzahl	Prozent
C01-C14	160	C01-C14, C32	100	D37	0		100	62,5%
C15	60	C01-C14, C32, C16	44	D37	3		47	78,3%
C16	114	C15, C26	22	D37	14		36	31,6%
C18-C21	316	C28-C21, C26	134	D37	95		229	72,5%
C22-C24	214	C22-C24, C26	111	D37	41		152	71,0%
C25	104	C17, C24, C26	41	D37	26		67	64,4%
C26	125	C15-C25	46	D37	44		90	72,0%
C34	198	C33, C38, C39	4	D38	53		57	28,8%
C40-C41	55	C40-C41	11	D48	3		14	25,5%
C48	50	C45, C49	8	D48	4		12	24,0%
C51-C55	74	C51-C55, C57	42	D39	4		46	62,2%
C56	31	C57	2	D39	8		10	32,3%
C57	31	C50-C56	13	D39, D48	6		19	61,3%
C64	63	C65, C68	13	D41	14		27	42,9%
C65- C67	86	C65-C67	3	D41	32		35	40,7%
C68	82	C64-C68	75	D41	0		75	91,5%
C70-C71	277	C70-C71	2	D42, D43	186		188	67,9%
C76-79	271	C80	138	D48	37		175	64,6%
C81-C96	480	C81-C96	352	D46, D47	16		368	76,7%
Summe	2791	Summe	1161	Summe	586		1747	62,6%

Tabelle 1: Analyse von abweichenden Tumordiagnosekodierungen auf ICD-3-Steller-Ebene, Vergleich ausgewählter Diagnosen(-gruppen)

Darüber hinaus zeigte sich, dass sich in einer großen Anzahl von Fällen die Kodierung des NLS und der VST zwar auf 3-Steller-Ebene unterschieden, jedoch vergleichbare benachbarte Regionen ausgewählt wurden. So kann z.B. ein Tumor aus dem Grenzbereich von Ösophagus und Magen nicht eindeutig einem Ursprungsort zugeordnet werden, so dass die Wahl unterschiedlicher Kodierungen denkbar sind (z.B. C15, C16 oder C26 als inter-institutionelle oder interpersonelle Kodierungsabweichungen).

Tabelle 1 stellt einen Versuch dar, Diagnosen-Gruppen zu definieren, bei denen eine Kodierung eines entsprechenden 3-Stellers aus dieser Gruppe für vergleichbar gehalten werden kann. Dabei sind auch Kodierungen mit unsicherem Verhalten berücksichtigt worden, da z.B. bei der Angabe eines „Darmtumors“ nicht sicher von einem malignen Verhalten ausgegangen werden darf.

Von 4.075 abweichenden Kodierungen auf 3-Steller-Ebene wurden die Kodierungen von 2.791 TB solchen Diagnosen-Gruppen zugeordnet (s.Tabelle 1). In 1.161 Fällen hat die VST die Kodierung eines vergleichbaren invasiven 3-Stellers gewählt und in weiteren 586 Fällen eine Kodierung für ein unsicheres Verhalten der betreffenden Lokalisation.

Somit konnte insgesamt 62% dieser überprüften Teilmenge als nicht widersprüchlich eingestuft werden und ist wohl als akzeptable Kodiervariabilität einzustufen.

Die verbleibenden Fälle werden noch weiter analysiert.

Zusammenfassung

Durch eine unabhängige Kodierung der Tumoren von Todesbescheinigungen im NLS (im Rahmen der Todesursachenstatistik) und im Krebsregister kann mittels eines Vergleichs der Kodierungen die Qualität verbessert werden. Grundsätzlich fanden wir eine hohe Übereinstimmung von 92% der Diagnosenkodierungen (ICD-10, 3-stellig). Insbesondere wenn eine der beiden Einrichtungen einen Tumor kodierte, die andere Einrichtung aber nicht, ergaben sich wichtige Ansätze für ein routinemäßiges Qualitätsmanagement.