

## Hintergrund

Als Ergänzung von Klinischen- und Pathologenmeldungen werden im Epidemiologischen Krebsregister Niedersachsen (EKN) zusätzlich Todesbescheinigungen (TB) bearbeitet. Die TB dienen neben der Klärung des Vitalstatus mit Berechnung der Überlebenszeiten und zur Schätzung der Vollständigkeit auch als Datenquelle zur Ergänzung von bisher nicht registrierten Fällen. Hierbei wird unterschieden in DCO-Fälle (death certificate only = Krebsfälle, die dem Krebsregister ausschließlich über Todesbescheinigungen bekannt wurden) und in DCN-Fälle (death certificate notification = Krebsfälle, die dem Krebsregister erstmalig über Todesbescheinigungen bekannt wurden, für die anschließend jedoch Meldungen von behandelnden Ärzten eingeholt werden konnten). Zum großen Teil beziehen sich die TB auf Menschen, deren Krebserkrankung viele Jahre früher diagnostiziert wurde. Da das EKN erst im Jahr 2000 mit dem Routinebetrieb begann, sind die ausgewiesenen DCO-Raten deshalb noch vergleichsweise hoch.

## Material und Methoden

Um die DCO-Rate zu senken, die Qualität der Inzidenzfälle zu verbessern und Ärzte als potenzielle Melder zu motivieren, wird versucht die Angabe von behandelnden Ärzten auf den TB für gezielte Rückfragen zu nutzen. Das Gesetz über das epidemiologische Krebsregister Niedersachsen (GEKN) sieht sowohl die Nachfragemöglichkeiten bei DCO-Fällen wie auch eine Meldung ohne Einwilligung bei Verstorbenen vor.

Abb. 1 zeigt den Anteil an Tumoren auf Todesbescheinigungen, die dem EKN bereits bekannt waren, die erfolgreich nachgefragt wurden (DCN-Fälle) und die als DCO-Fälle verblieben. Waren im Sterbejahr 2000 nur knapp 20 % der Tumore dem EKN bekannt, so betrug dieser Anteil im Jahr 2005 bereits 50 %. Entsprechend nahm der Anteil DCO-Fälle von den auf TB dokumentierten Tumoren von 70 % auf etwa 40 % ab. Die DCO-Rate (Anteil DCO-Fälle an der Summe der Inzidenzfälle plus DCO-Fälle) beträgt für das Diagnosejahr 2004 knapp 20 %.

## Ergebnisse

Im Weiteren werden Ergebnisse aus dem Sterbejahr 2004 ausführlicher dargestellt.

Im Jahr 2004 wurden im EKN 44.328 TB mit 29.915 Tumorkodierungen (z.T. mit Doppelkodierung) bearbeitet. Insgesamt enthielten über 13.000 TB Informationen über DCO-Fälle.

Leider war es aus Ressourcegründen nicht möglich alle Fälle nachzufragen. Um eine hohe Effizienz zu erreichen, wurden folgende Einschränkungskriterien gewählt:

1. Diagnosejahr ab 2000 oder unbekannt
2. Schwerpunkt auf schlecht erfasste Diagnosen mit schlechter Prognose (C15-16, C22-25, C34, C56, C70-71, C91-96)
3. Keine Nachfragen, wenn kein Arzt (Hausarzt) angegeben wurde.
4. Keine Nachfragen, wenn angegebener Arzt auf TB offensichtlich kein hausärztlich tätiger ist, z.B. keine Psychologen, Klinikärzte.

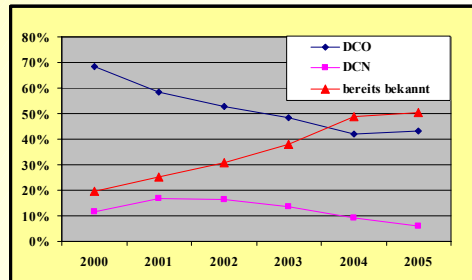


Abb. 1) zeitlicher Verlauf unbekannter Tumore auf TB

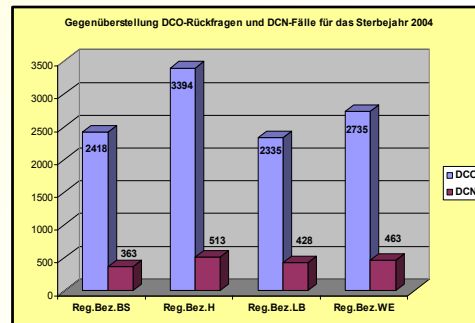


Abb. 2) Gegenüberstellung DCO/DCN nach Reg. Bezirken

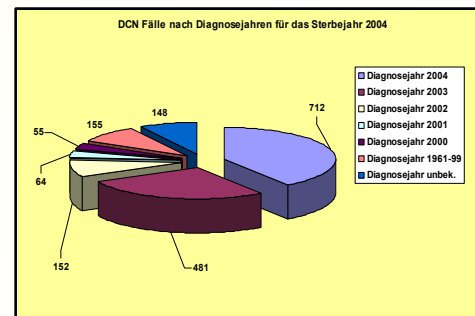


Abb. 3) DCN-Fälle zusammengefasst nach Diagnosejahren

Abb. 4) Meldebogen für Ärzte von der Vertrauensstelle

Dies führte zu Rückfragen bei etwa 3.500 TB. Die Meldungen werden den Ärzten dadurch erleichtert, dass ihnen ein Meldebogen (Abb. 4) mitgeschickt wird, auf dem die Personenstammdaten bereits eingetragen sind.

Für das Sterbejahr 2004 wurden durch die gestellten DCO-Rückfragen bisher 1.767 Tumore von den Ärzten nachgemeldet. Damit wurde etwa die Hälfte der angefragten DCO-Fälle auch beantwortet. Regionale Unterschiede in der Beantwortung ließen sich nicht nachweisen (Abb.2). Für wichtige Diagnosen ließ sich eine Reduktion der DCO-Fälle um über 30 % erreichen.

|        | erfolgreiche Rückfragen | verbleibende DCO-Fälle | Reduzierung DCO-Fälle |
|--------|-------------------------|------------------------|-----------------------|
| C15-16 | 186                     | 366                    | 34%                   |
| C22-25 | 427                     | 889                    | 32%                   |
| C34    | 653                     | 1051                   | 38%                   |
| C56    | 71                      | 164                    | 30%                   |
| C70-71 | 124                     | 277                    | 31%                   |
| C91-96 | 132                     | 252                    | 34%                   |

Abb.3 zeigt, auf welche Diagnosejahre sich die rückgemeldeten Tumore verteilten. Bei zwei Drittel der Tumore lag das Diagnosedatum weniger als 2 Jahre zurück. Bei fast 10 % der Fälle gaben Hausärzte kein Diagnosejahr an.

## Diskussion

Die DCO-Rückfragen werden über die Vertrauensstelle des EKN mit Hilfe von Serienbriefen und Meldebögen bei den Hausärzten des Verstorbenen nachgefragt.

Die meisten angeschriebenen Ärzte melden sehr schnell zurück, insgesamt zieht sich die Antwortdauer jedoch lange hin. Ein positiver Nebeneffekt besteht in der Meldermotivation. Einige Ärzte beginnen daraufhin mit routinemäßigen Inzidenzmeldungen. Die rücklaufenden Meldungen werden in der Vertrauensstelle wie Klinische Meldungen erfasst und nach Abschluss der Bearbeitung an die RST exportiert.

Relativ hoch mit 10% der Fälle war der Anteil beantworteter DCO-Rückfragen, bei denen Hausärzte kein Diagnosejahr angaben. Hier ist es denkbar, dass bei einer zeitlichen Verzögerung der Rückfrage von mehr als einem Jahr die Patientenakten bereits archiviert sind und der Hausarzt ohne Unterlagen die Meldung ausfüllt. Die Validität solcher Meldungen ist kritisch zu hinterfragen.

## Schlussfolgerung

Wichtigstes Ziel ist es, in den nächsten Jahren die DCO-Rate weiterhin zu senken. Dies wird zwar allein schon durch die zunehmende Vollständigkeit der erfassten inzidenten Fälle im EKN erreicht werden, doch würde auch das Fallenlassen der Einschränkungen bei den rückzufragenden Diagnosen die DCO-Rate weiterhin absenken.

Da infolge einer Gesetzesnovellierung ab dem Sterbejahr 2007 nur noch der zuletzt behandelnde Arzt auf der Todesbescheinigung aufgeführt ist, wird das Verfahren für DCO-Rückfragen ohnehin verändert werden müssen. Es wäre daher vor dem Hintergrund der Effizienz von DCO-Rückfragen zusätzlich zu diskutieren, ob und in welchem Maße zukünftige Rückfragen auch auf Ärzte anderer Fachrichtungen bzw. Kliniken ausgeweitet werden können.