

Rückmeldung über erfasste klinische Tumordaten

randKH

randAbt

Zeitraum: 01.01.2016–31.12.2020

Erstellt: 16.12.2021

Hintergrund

Dieser Bericht ist rein deskriptiv und berücksichtigt die nach Sächsischem Krebsregistergesetz (SächsKRegG) an das Klinische Krebsregister (KKR) gemeldeten Daten. Es werden nur Patient*innen abgebildet, die an einer Tumorerkrankung leiden, andere in Ihrer Einrichtung behandelte Patient*innen werden nicht dargestellt. Falls die Fallzahl für die Auswertung einzelner Punkte nicht ausreichend ist, wird auf die Darstellung verzichtet. Diagnose- und Behandlungsjahr sind individuell für die einzelnen Auswertungen zu betrachten.

Die Rückmeldungen sollen Ihnen als Leistungserbringer einen Überblick über die von Ihnen erfassten Daten der letz-

ten fünf Jahre geben, um mögliche Rückschlüsse oder Verbesserungsmöglichkeiten in der Therapie zur Optimierung der Heilungschancen zu erhalten.

Im Folgenden haben wir Ihnen eine Übersicht über Ihre gemeldeten Tumorfälle erstellt und für Ihre Einrichtung weitere, spezielle Daten graphisch dargestellt. Als Einschlusskriterium gilt eine Tumormeldung aus Ihrer Einrichtung zu einem gesetzlichen Meldeanlass mit Leistungsdatum im angegebenen Zeitraum. Zusätzliche Informationen zu speziellen Fragestellungen, können Sie zu jeder Zeit vom zuständigen Klinischen Krebsregister erhalten (Kontaktdaten siehe Impressum).

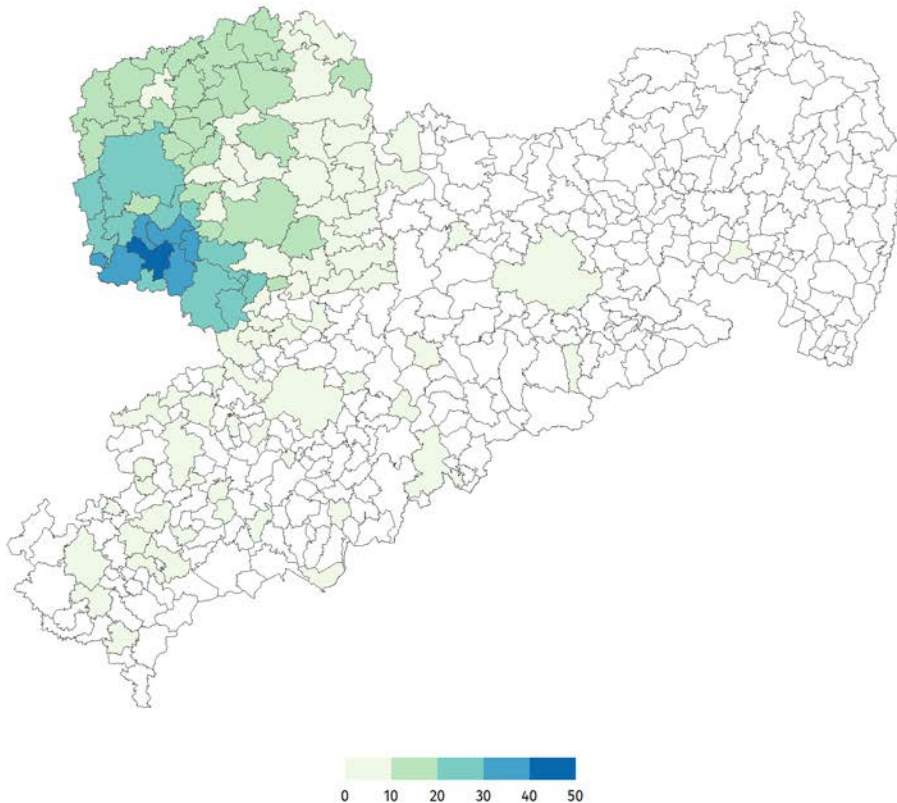


Abbildung 1: Anteil von in Ihrer Abteilung behandelten Tumorpatient*innen an allen behandelten Tumorpatient*innen im Jahr 2020 nach Gemeinden in Prozent. Karte: © GeoBasis-DE/BKG 2021.

1 Auswertung randAbt

1.1 Meldungen

Jahr	2018					2019					2020				
	B	G	M	MV	D	B	G	M	MV	D	B	G	M	MV	D
Diagnose	428	425	622	381	8	468	462	1 007	404	7	450	448	1 024	409	7
Bestrahlung	1 557	1 550	1 754	1 116	12	1 632	1 625	2 105	867	9	1 580	1 580	2 121	958	7
Operation	532	524	700	453	9	592	592	922	478	7	561	560	815	475	5
Internistische Therapie	889	958	1 162	708	12	1 006	1 150	1 430	816	12	999	1 144	1 341	798	10
Verlauf	2 081	2 059	2 115	437	11	2 822	2 819	3 001	577	8	3 092	3 086	3 233	779	5
Abschluss	84	81	82	72	12	98	95	102	89	11	84	83	84	76	5

Tabelle 1: Anzahl Meldeanlässe (B), gemeldete Diagnosen/Behandlungen etc. (G), Meldungen (M)*, vergütete Meldungen (MV) und der durchschnittliche Zeitraum zwischen Leistungsdatum und erster Meldung in Wochen (D), nach Jahr Leistungserbringung, 2018–2020, (*M beinhaltet im Unterschied zu G Doppelmeldungen ...)

Die Zuordnung erfolgt über eine im Klinischen Krebsregister erfasste Diagnose, Behandlung oder Verlaufsmeldung. Dargestellt wird die Summe der Meldeanlässe, der dazu gehörigen Meldungen, wie viele dieser Meldungen vergütet werden konnten und der Zeitraum zwischen erbrachter Leistung (Behandlungsdatum) und der ersten Meldung (Meldedatum). Dieser Zeitraum sollte im Idealfall maximal vier Wochen betragen.

Differenzen zwischen M und MV resultieren aus Unterschieden in den Vergütungsrichtlinien der Kostenträger und dem

Umstand, dass nicht jede Meldung tatsächlich vergütet werden kann (z.B. Doppelmeldungen, Eigenrecherchen der Dokumentar*innen ...).

Bitte beachten Sie, dass eine valide und umfassende Datenbasis nur durch vollständige Meldungen erreicht werden kann. Jede Einrichtung vermag auf diese Weise aktiv und selbstverantwortlich einen Beitrag zur Krebsforschung und der künftigen Verbesserung der onkologischen Versorgungsqualität von Patient*innen in Sachsen zu leisten.

1.2 Meldeabstand

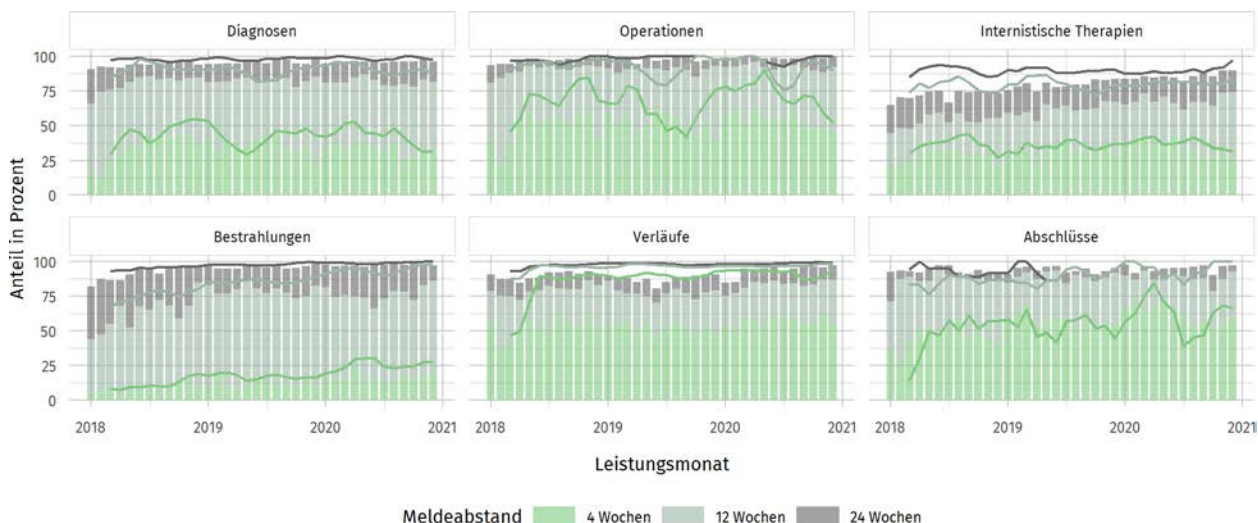


Abbildung 2: Anteil Meldeanlässe nach Meldeabstand. Säulen: alle Melder im Einzugsbereich Klinisches Krebsregister Leipzig, Linien: randAbt (gleitender 3-Monatsdurchschnitt)

Abgebildet werden die spezifischen Meldeanlässe in Abhängigkeit zum Meldeabstand, bei welchem es sich um die Differenz der ersten Meldung zum jeweiligen Leistungsdatum handelt. Dargestellt werden zusammengefasst sowohl die

prozentuale Verteilung des Meldeabstandes im gesamten Einzugsgebiet des Klinisches Krebsregister Leipzig pro Leistungsmonat als auch der gleitende 3-Monatsdurchschnitt Ihrer Einrichtung.

1.3 Altersverteilung bei Diagnose

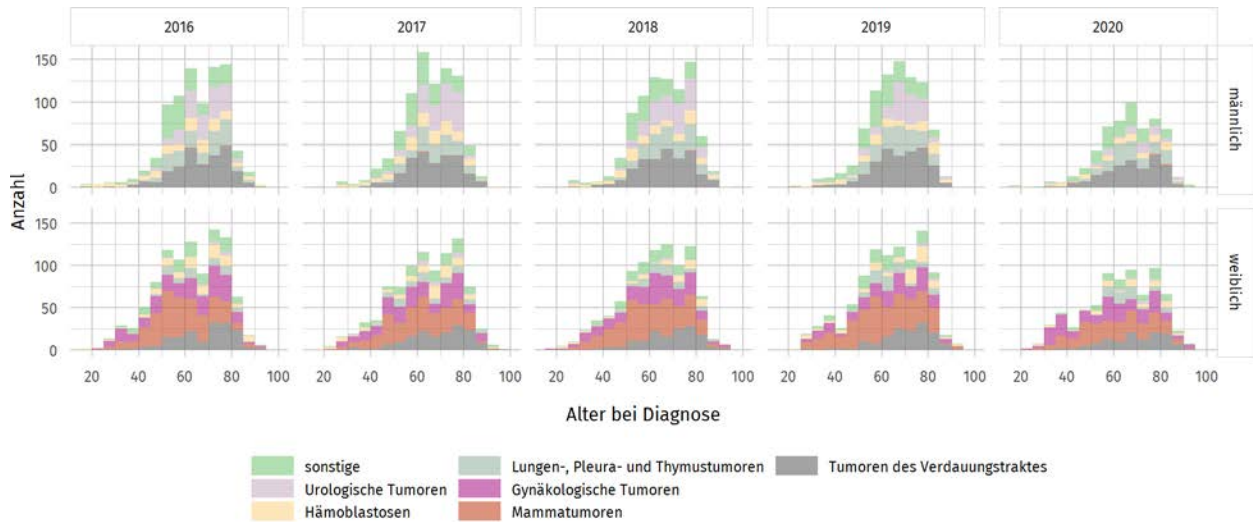


Abbildung 3: Alter bei Diagnose von behandelten Tumoren nach Geschlecht, Alter, Diagnosejahr und Entität, 2016–2020

Betrachtet werden alle erfassten Diagnosen eines Primärtumors Ihrer Einrichtung. Die Darstellung erfolgt nach Alter bei Diagnose (Diagnosejahr), das Behandlungsjahr kommt hier nicht zum Ausdruck. Die Gesamtzahl der Tumoren ist in einzelne Kategorien von Entitäten zusammengefasst.

Hierbei werden nur die über alle Jahre und Geschlecht 6 häufigsten Tumorentitäten mit mehr als 10% aller Fälle einzeln ausgewiesen. Unter „sonstige“ werden alle weiteren Tumorentitäten mit kleineren Fallzahlen zusammengefasst dargestellt.

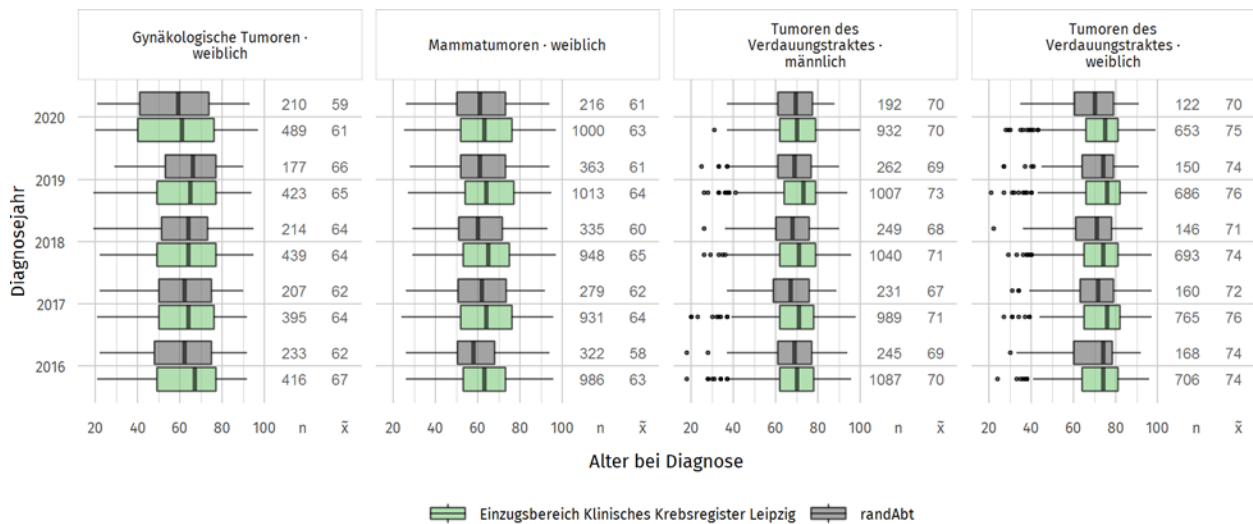


Abbildung 4: Altersverteilung (Boxplot) bei Diagnose von behandelten Tumoren nach Geschlecht, Diagnosejahr und ausgewählten Entitäten, in randAbt im Vergleich zum Einzugsgebiet, 2016–2020

Die Abbildung stellt die Altersverteilung der 4 häufigsten Entitäten, unterteilt nach dem Geschlecht, dar. Berücksichtigt werden dabei nur Entitäten mit mehr als 20 Fällen in mindestens einem Jahr. Die Zuordnung des Patientenfalls

erfolgt über das Diagnosejahr und nicht über den Zeitpunkt der Meldung.

Neben den absoluten Fallzahlen Ihrer Einrichtung und des Einzugsbereiches (n) wird zusätzlich das mittlere Erkrankungsalter (x, Median) ausgewiesen.

1.4 Darstellung tumorspezifische Therapie

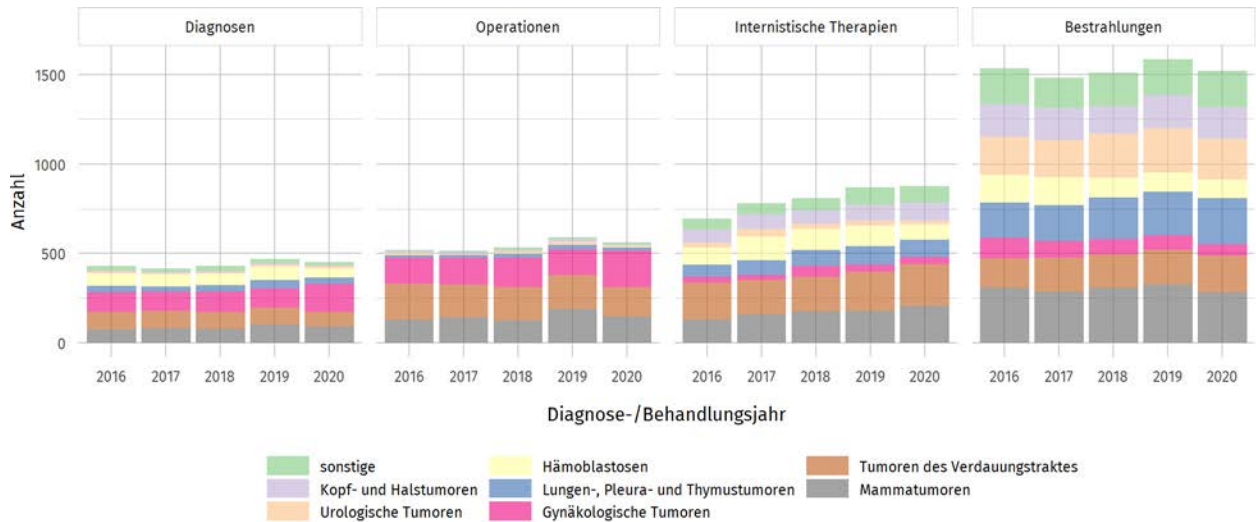


Abbildung 5: Behandlungen nach Behandlungsjahr und -art, 2016–2020

Die Zuordnung erfolgt über eine im Klinischen Krebsregister erfasste Diagnose oder Behandlung (auch Metastasen oder Rezidive) der Tumorgrunderkrankung durch Ihre Einrichtung. Die Jahre geben das jeweilige Behandlungs-/Diagnosejahr wieder. Es wird die Anzahl der Fälle in den Kategorien (Diagnose, Operation, Internistische Therapie, Bestrahlung) wiedergegeben (nicht Patient*innen). Tumorfälle können dadurch mehrmals gezählt werden, bspw.

mehrere Behandlungen pro Jahr, mehrere Behandlungen in verschiedenen Jahren und/oder Kategorien (wie z.B. Operation und Bestrahlung). Die Gesamtzahl der Fälle ist in einzelne Tumorentitäten gegliedert. Hierbei werden nur die über alle Jahre und Geschlecht betrachteten häufigsten Tumorentitäten einzeln ausgewiesen. Unter „sonstige“ werden alle weiteren Entitäten mit kleineren Fallzahlen zusammengefasst dargestellt.

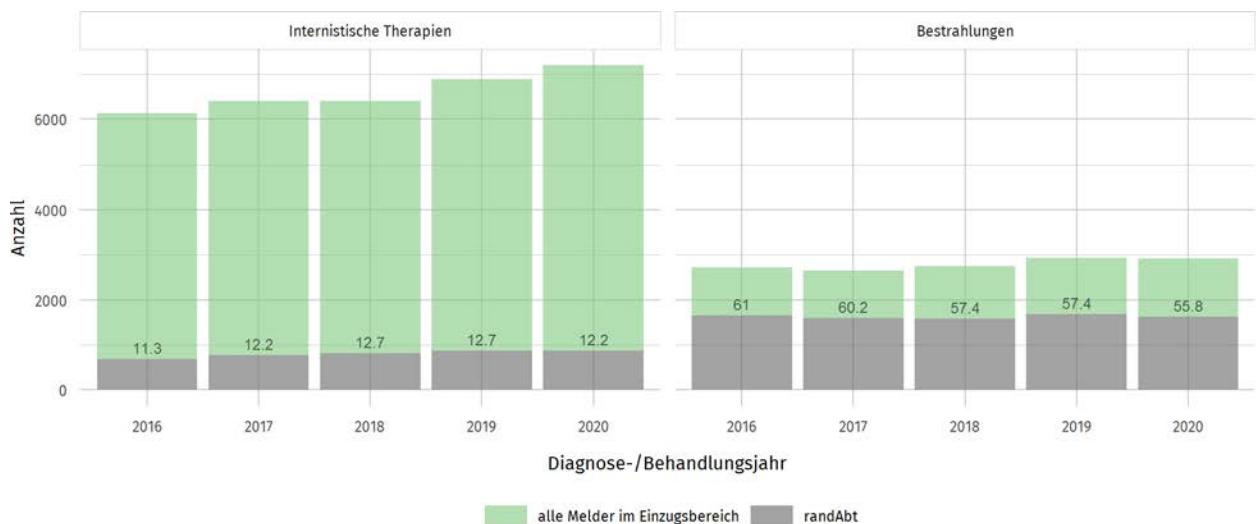


Abbildung 6: Behandlungen aller meldenden Einrichtungen im Einzugsbereich und randAbt nach Behandlungsjahr und -art, 2016–2020

Dargestellt werden alle Behandlungsarten Ihrer Einrichtung im Verhältnis zum Einzugsgebiet von 2016 bis 2020. In Abhängigkeit der Häufigkeitsverteilung der Tumorentitäten wird eine Behandlungsart über alle oder nur für eine

spezifische Tumorentität abgebildet. Hierfür wurde ein Schwellenwert von 50% definiert. Das bedeutet, wenn eine bestimmte Entität mehr als die Hälfte der Diagnosen/Be-

handlungen ausmacht, wird diese Entität für diese Behandlungsart dargestellt. Erreicht keine der Entitäten diesen Schwellenwert, werden alle Tumorfälle zusammengefasst und die Behandlungsart für diese gemeinsam abgebildet.

Die Zahlen in den Balken geben in Prozent den Anteil der Behandlungen Ihrer Einrichtung zum Einzugsbereich wieder.

1.5 Histologische Häufigkeitsverteilung/Morphologie (ICD-O Code)

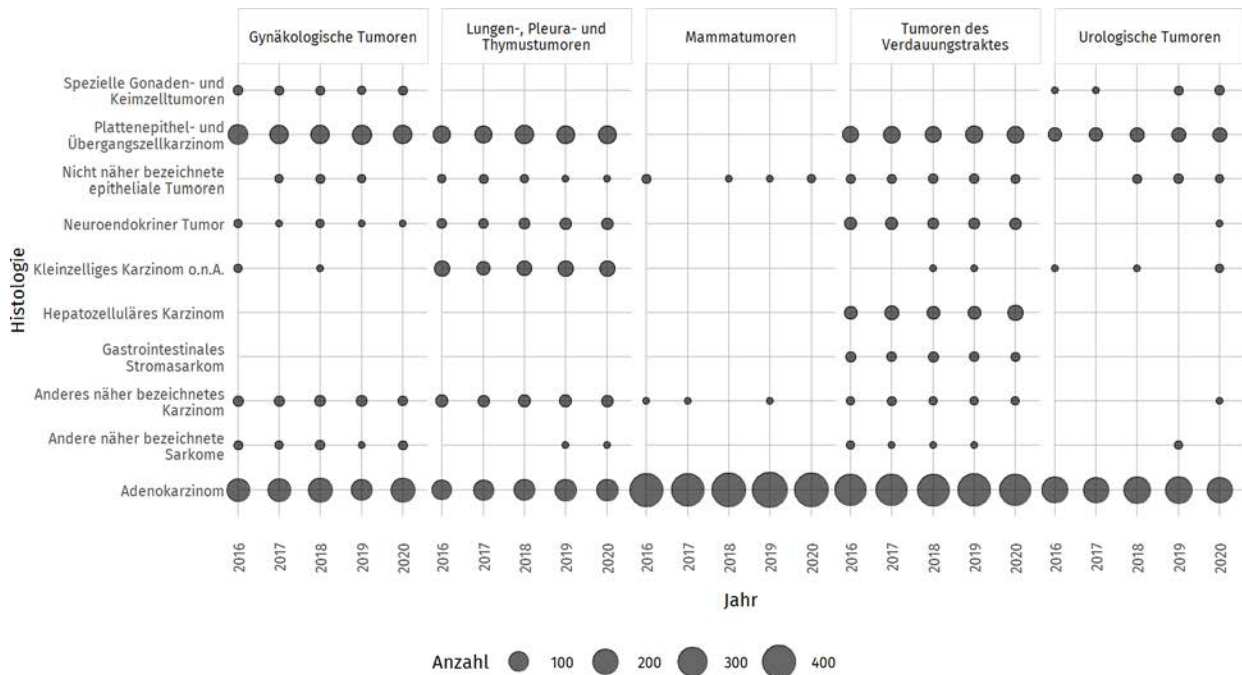


Abbildung 7: Histologien nach Diagnosejahr und Entität, 2016–2020

Die Abbildung stellt die 10 häufigsten Histologie-Schlüssel der 5 häufigsten Entitäten dar. Dabei erfolgt der Einschluss in die Auswertung und die Darstellung nach dem Diagnosejahr, das Behandlungsjahr kommt hier nicht zum Ausdruck.

In Abhängigkeit der Häufigkeitsverteilung findet sich unter den Histologie-Schlüsseln die Codierung 'unzureichend histologisch gesichert' wieder. Diese entspricht der Anzahl eingegangener Diagnosen, welche nur klinisch gesichert sind. Die angegebenen Legendenpunkte stellen das Größenverhältnis der Häufigkeitsverteilung dar. Eine wertgenaue Angabe ist nicht sichtbar.

1.6 Behandlungen mit Ziel Metastase und Metastasenlokalisation

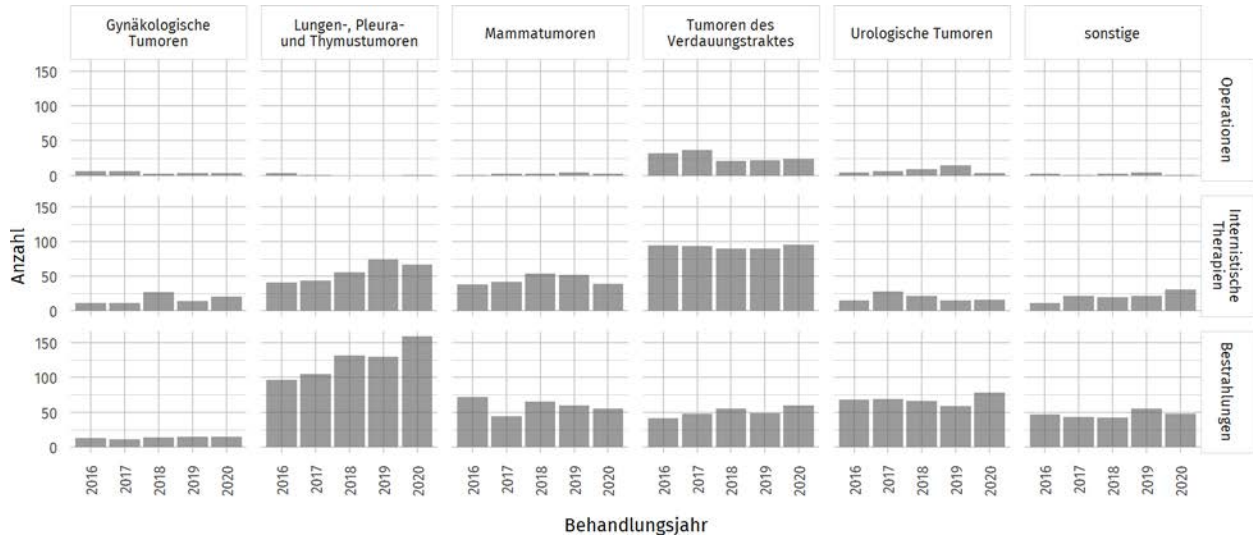


Abbildung 8: Behandlungen mit Ziel Metastase nach Tumorgruppe und Jahr, 2016–2020

Dargestellt werden die im klinischen Krebsregister erfassten Metastasenbehandlungen Ihrer Einrichtung. Die Gruppierung erfolgt dabei über den zugehörigen Primärtumor.

Die Jahre geben das Behandlungsjahr wieder. Bei der Darstellung wurden nur die über alle Jahre häufigsten Tumoritäten berücksichtigt.

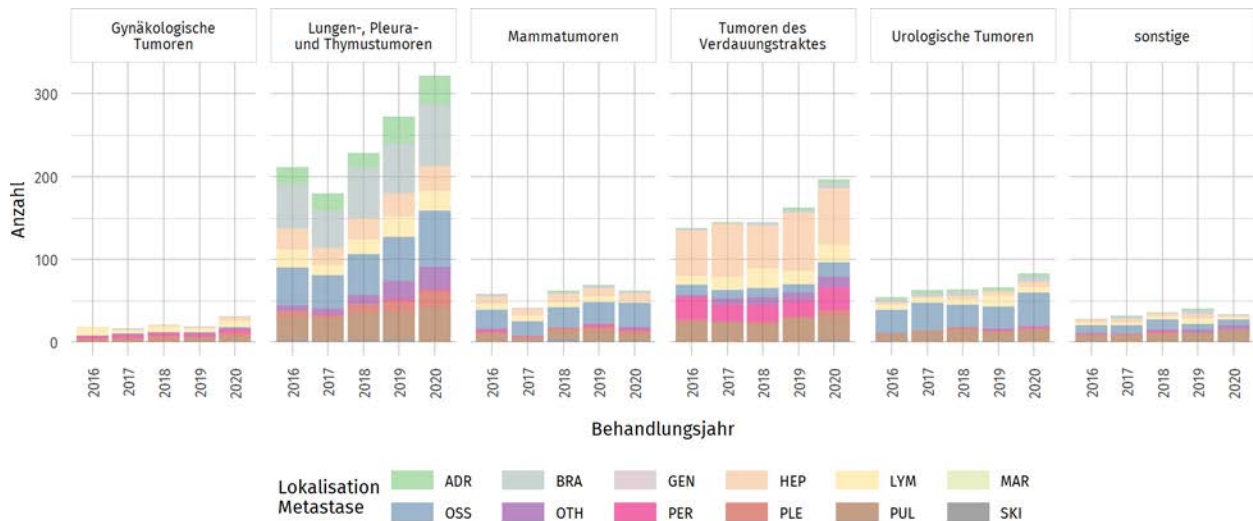


Abbildung 9: Verteilung Metastasenlokalisationen primär metastasierter Tumoren, 2016–2020

Die Zuordnung erfolgt über eine im Klinischen Krebsregister erfasste Behandlung einer Metastase durch Ihre Einrichtung. Die Jahre geben das Behandlungsjahr wieder. Tumorfälle können bei unterschiedlichen Behandlungsjahren mehrmals gezählt werden, in jedem Jahr aber nur einmal.

Verschiedene primär (innerhalb von 92 Tagen nach Diagnose) vorhandene Metastasenlokalisationen des gleichen Tumors werden einzeln gezählt. Bei der Darstellung wurden nur die über alle Jahre häufigsten Tumorentitäten berücksichtigt.

1.7 UICC Verteilung

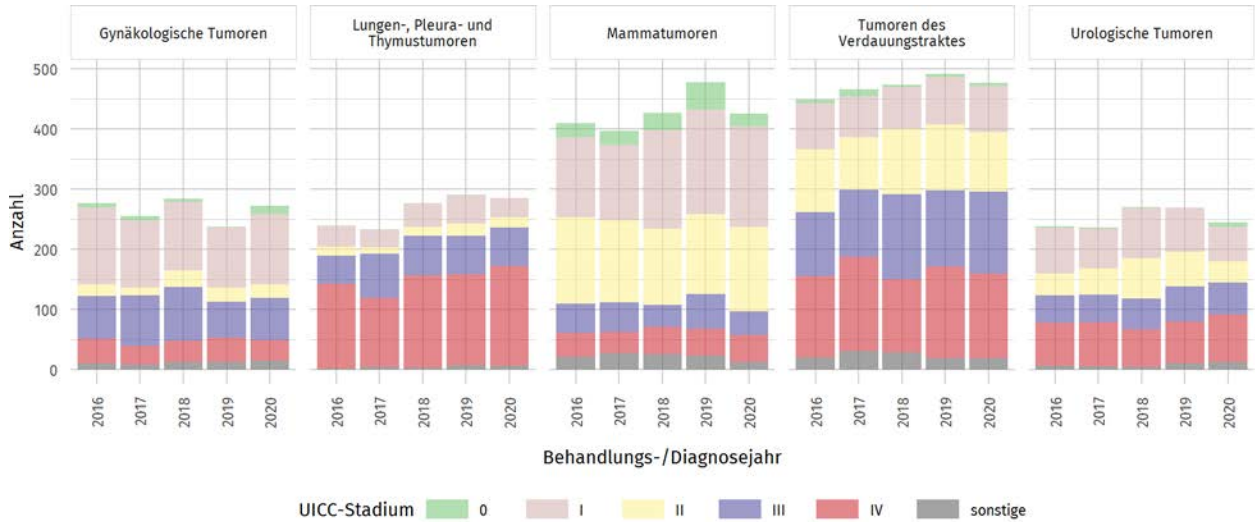


Abbildung 10: UICC-Stadien behandelter Tumore, 2016–2020

In die Auswertung werden alle meldepflichtigen Tumoren einbezogen und dargestellt, bei welchen eine Einteilung in die UICC-Stadien möglich ist. Die Erfassung der Fälle erfolgt über gemeldete Diagnosen/Behandlungen der Primärtumoren durch Ihre Einrichtung. Die Jahre geben das Diagnose-/Behandlungsjahr wieder. Tumorfälle können bei unterschiedlichen Diagnose- oder Behandlungsjahren mehrmals gezählt werden, in jedem Jahr aber nur einmal.

Die UICC-Stadien sind nach Hauptgruppen zusammengefasst (UICC 0/I/II/III/IV). Unter „sonstige Einträge“ sind bspw. „kein Eintrag“ oder „nicht gefunden“ zusammengefasst. Bei der Darstellung wurden nur die häufigsten Tumorarten berücksichtigt (über alle Jahre betrachtet). Auf die nicht-melanotischen Erkrankungen der Haut wurde verzichtet.

1.8 Systemische Therapien

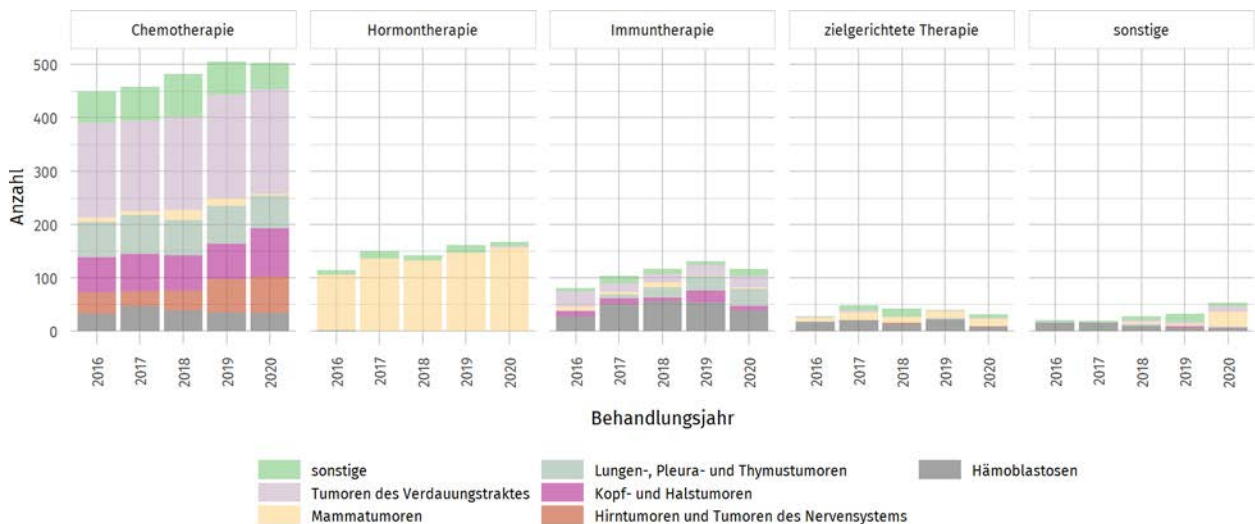


Abbildung 11: Therapiestart nach Jahr (Therapiebeginn) und Entität, 2016–2020

Dargestellt wird die Anzahl begonnener systemischer Therapien pro Jahr in Abhängigkeit der Behandlungsform. Unterschieden werden diese mittels spezifischer Protokolltypen. Zu den sonstigen systemischen Therapien zählen

Hyperthermien und Behandlungskonzepte wie Best Supportive Care, Wait-and-see und Active Surveillance. In die Betrachtung einbezogen wurden alle Behandlungen meldepflichtiger Tumorentitäten.

1.9 Darstellung des Gesamtüberlebens (OAS) mittels Kaplan-Meier-Kurven

Eine Berechnung der tumorspezifischen Überlebensraten von Patient*innen kann anhand von Kaplan-Meier-Schätzungen vorgenommen und anschließend in entsprechenden Kurven grafisch verdeutlicht werden. Die Auswertung erfolgt dabei über eine im Klinischen Krebsregister erfasste Diagnose oder Behandlung des Primärtumors durch Ihre

Einrichtung. Der berücksichtigte Beobachtungszeitraum umfasst in dieser Auswertung Patient*innen mit einem Diagnosedatum zwischen 2013 und 2017. Ein späterer Zeitraum würde aktuell keine aussagefähigen Daten liefern, um zuverlässige Analysen durchführen zu können.

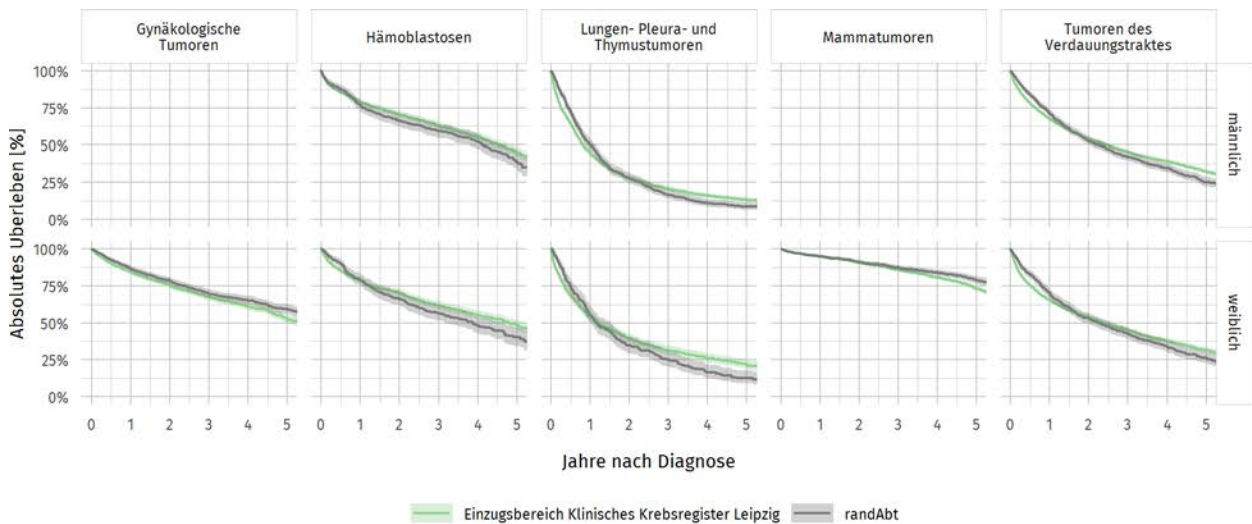


Abbildung 12: Absolute Überlebensraten bis fünf Jahre nach Erstdiagnose für Ihre häufigsten Diagnosegruppen, nach Geschlecht, randAbt im Vergleich zum gesamten Einzugsbereich, 2013–2017

Zur Berechnung des „Overall Survivals“ (OAS) wurde als Startzeitpunkt das Diagnosedatum definiert, Endzeitpunkt oder Zielereignis ist entweder der Tod oder das letzte Verlaufsdatum bei noch lebenden Patient*innen. Den obigen abgebildeten Kaplan-Meier-Kurven kann entnommen werden, wie viele Patient*innen prozentual zu einem bestimmten Beobachtungszeitraum, hier in Jahren angegeben, nach der Diagnose noch leben. Schneidet der dargestellte Kurvenverlauf die 50%-Markierung der y-Achse, bedeutet dies,

dass zu diesem Zeitpunkt die Hälfte der betreffenden Tumorpatient*innen verstorben ist.

Auf das Überleben einflussnehmende Faktoren (Kovariablen) wie z.B. die Stadienverteilung, das Alter oder das Geschlecht der Patient*innen werden hier nicht berücksichtigt. Das ist bei der Interpretation zu berücksichtigen. Die Darstellungen erlauben daher keine Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität.

Tumor	Jahr	randAbt		Einzugsbereich Klinisches Krebsregister Leipzig	
		m	w	m	w
Gynäkologische Tumoren	0		1 143		2 025
	1		968		1 566
	2		837		1 235
	3		679		896
	4		464		558
	5		192		209
Hämoblastosen	0	491	390	1 659	1 443
	1	356	293	1 224	1 041
	2	266	228	967	819
	3	200	166	731	598
	4	123	100	466	380
	5	47	43	231	183
Lungen- Pleura- und Thymustumoren	0	635	280	2 229	950
	1	316	154	986	502
	2	169	93	593	341
	3	92	61	399	241
	4	50	34	238	151
	5	29	17	122	76
Mammatumoren	0		1 368		4 719
	1		1 282		4 190
	2		1 177		3 602
	3		1 043		2 865
	4		771		1 864
	5		403		791
Tumoren des Verdauungstraktes	0	1 137	754	5 301	3 579
	1	786	504	3 425	2 187
	2	544	337	2 473	1 595
	3	375	223	1 762	1 107
	4	227	134	1 127	664
	5	97	65	527	312

Tabelle 2: Absolute Anzahl von Patient*innen unter Risiko bis fünf Jahre nach Erstdiagnose, 2013–2017, unterteilt nach Entitäten und Geschlecht (Männer (m), Frauen (w))

Zuzüglich der Abbildung der Überlebenswahrscheinlichkeiten können der obigen Tabelle die absoluten Zahlen der tumorspezifischen „Patient*innen unter Risiko“ entnommen werden. Als solche bezeichnet man Patient*innen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt noch leben. Oft wird die sich im Zeitverlauf ändernde Anzahl der Patient*innen unter Risiko in die Kaplan-Meier-Kurve integriert (unterhalb der Zeit-

achse). Da am rechten Rand der Kaplan-Meier-Kurve weniger Patient*innen unter Risiko sind (einige sind bereits gestorben oder zensiert), kann man mit dieser Information bestimmen, wie aussagekräftig die Kaplan-Meier-Schätzung am rechten Rand noch ist. Je weniger Patient*innen unter Risiko sind, desto größer wird das Konfidenzintervall des Kaplan-Meier-Schätzers (Zwiener et al, 2011; Überlebenszeitanalyse; D.ÄB. Jg. 108; Heft 10).

2 Qualitätsindikatoren

Die nachfolgenden Auswertungen zu den Qualitätsindikatoren sind in Anlehnung an die Empfehlungen der Plattform §65c sowie den Empfehlungen der Zertifizierungseinrichtung der deutschen Krebsgesellschaft (OnkoZert), unter Berücksichtigung des Basisdatensatzes und der organspezifischen Module, erfolgt.

Die angegebenen Qualitätsziele sind den Vorgaben der S3-Leitlinien entnommen. Existieren seitens der Leitlinie keine

spezifischen Prozentangaben, gelten als Minimalanforderung die Angaben der Plausibilität seitens OnkoZert. Angefügte Beschreibungen der Qualitätsindikatoren sind den Erklärungen der entsprechenden S3-Leitlinien nachempfunden und können dort jeweils nachgelesen werden.

Der Ergebnisdarstellung der Qualitätsindikatoren geht eine Tabelle voran, welche die absoluten Fallzahlen Ihrer Einrichtung und des entsprechenden Einzugsbereichs darlegt.

Den darauf folgenden tabellarischen Darstellungen der spezifischen Qualitätsindikatoren können Sie zunächst die der Berechnung zugrundeliegenden Zähler und Nenner Ihrer Einrichtung ablesen. In Abhängigkeit zum betrachteten Qualitätsindikator umfasst der Nenner die Anzahl aller tumorspezifisch diagnostizierten Patient*innen. Der Zähler umfasst alle Patient*innen, bei welchen die qualitätsindikatorrelevanten Empfehlungen leitliniengerecht umgesetzt wurden. Hierbei kann es sich exemplarisch um eine spezifische Voruntersuchung, eine therapeutische Maßnahme o-

der ein patientenunabhängiges Kriterium (z.B. die Vollständigkeit von Befundberichten) handeln. Die Häufigkeiten sind in absoluten Zahlen angegeben.

Eine Orientierung über die Erfüllung der Qualitätsziele durch Ihre Einrichtung bieten die farblich gekennzeichneten Bereiche der Tabellen. Grau hinterlegt spiegelt sich das prozentuale Verhältnis Ihrer Einrichtung aus Zähler und Nenner wieder. Dieses Verhältnis ist ebenfalls für den Einzugsbereich des KKR (grün hinterlegter Bereich) dargestellt. Die entsprechenden Qualitätsziele der S3-Leitlinie bzw. von OnkoZert können jeweils der Tabellenunterschrift entnommen werden.

2.1 Erfüllung der Qualitätsindikatoren – Mammakarzinom

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020
randAbt	130	125	140	166	157
Einzugsbereich	1 196	1 122	1 149	1 232	1 221

Tabelle 3: Absolute Fallzahlen Ihrer Einrichtung (randAbt) und dem Einzugsbereich (Klinisches Krebsregister Leipzig), 2016–2020

Die Zuordnung der Qualitätsparameter zu Ihrer Einrichtung erfolgt über die Mastektomie bzw. brusterhaltende Therapie (BET). Wenn keine Operation durchgeführt wurde, erfolgt die Zuordnung über die Diagnose. Das Jahr ist über den Zeitpunkt der klinischen, zytologischen oder

histologischen Sicherung entsprechend zugewiesen worden.

Abweichungen der dargestellten Kennzahlen zu erhobenen Daten aus der OncoBox resultieren aus unterschiedlichen Selektionen.

Q13 – Intraoperative Präparateradio-/sonographie

Jahr		2016	2017	2018	2019	2020
Zähler		78	68	69	106	78
Nenner		78	68	69	106	78
randAbt	(in %)	100	100	100	100	100
Einzugsbereich	(in %)	100	99	100	100	100

Zähler Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen oder intraoperativer Präparatsonographie

Nenner Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammographie oder Sonographie

Tabelle 4: Intraoperativ durchgeführter Präparateradio-/sonographien, 2016–2020, Qualitätsziel (nach OnkoZert) $\geq 95\%$

Ziel der S3-Leitlinie ist eine möglichst häufige Durchführung intraoperativer Präparatsonographien oder -radio-graphien nach einer präoperativen Markierung.

In die Berechnung einbezogen wurden zunächst alle Patient*innen, bei welchen eine Operation mit präoperativer

Drahtmarkierung, gesteuert durch eine Mammographie oder Sonographie, durchgeführt wurde (Nenner). Alle durchgeführten intraoperativen Präparatröntgen oder -sonographien sind im Zähler erfasst.

Q14 – Axilläre Lymphknotenentfernung bei duktalem Carcinoma in situ (DCIS)

Jahr		2016	2017	2018	2019	2020
Zähler		0	0	0	1	0
Nenner		9	5	6	14	9
randAbt	(in %)	0	0	0	7	0
Einzugsbereich	(in %)	4	8	0	1	3

Zähler Patient*innen mit axillärer Lymphknotenentnahme

Nenner Patient*innen mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und brusterhaltender Therapie

Tabelle 5: Durchgeführte axilläre Lymphknotenentfernungen bei DCIS, 2016–2020, Qualitätsziel (nach S3-Leitlinie) $\leq 5\%$

Bei einer DCIS handelt es sich um eine nicht-metastasierungs-fähige Läsion, bei welcher eine axilläre Lymphknotenentfernung leitlinienkonform nicht indiziert ist.

Der Tabelle können Sie die absolute Anzahl der Diagnosen eines DCIS (Nenner) und der durchgeführten axillären Lymphknotenentfernungen (Zähler) Ihrer Einrichtung entnehmen.

Q15 – Endokrine Therapie als erste Therapieoption beim steroidrezeptorpositiven metastasierten Mammakarzinom						
Jahr		2016	2017	2018	2019	2020
Zähler		4	6	10	8	10
Nenner		7	10	13	10	15
randAbt	(in %)	57	60	77	80	67
Einzugsbereich	(in %)	45	47	41	44	50

Zähler Patient*innen, die eine endokrine Therapie im metastasierten Stadium als First-Line-Therapie erhalten haben

Nenner Alle Patient*innen mit steroidrezeptorpositivem und HER2-negativem Mammakarzinom und Erstdiagnose einer Metastasierung

Tabelle 6: Durchgeführte endokrine Erstlinientherapien bei rezeptorpositiven metastasierten Mammakarzinomen, 2016–2020, Qualitätsziel (nach OnkoZert) $\geq 95\%$

Bei Diagnose eines rezeptorpositiven invasiven Mammakarzinoms ist das Wachstum von diesem hormonabhängig. Um das wachstumsfördernde Zusammenspiel aus Hormonrezeptoren des Tumors und körpereigenen Hormonen (Östrogen, Progesteron) teilweise oder vollständig zu inhibieren, ist leitlinienfolgend eine endokrine Therapie als Erstlinientherapie indiziert. Dies gilt insbesondere bei der Behandlung von Patient*innen mit metastasierten,

rezeptorpositiven und HER2-negativen Mammakarzinomen.

In die Zählung des Nenners sind alle Mammakarzinome mit Erstdiagnose einer Metastasierung, positivem Hormonrezeptorstatus und negativem HER2-Status eingeflossen. Im Zähler befinden sich alle Fälle, welche anschließend eine endokrin basierte Therapie als Erstlinientherapie erhielten.

Q16 – Indikation zur Sentinel-Lymphknotenbiopsie (SLNB)						
Jahr		2016	2017	2018	2019	2020
Zähler		39	38	38	57	42
Nenner		40	43	39	58	46
randAbt	(in %)	98	88	97	98	91
Einzugsbereich	(in %)	89	87	89	89	92

Zähler Patient*innen mit alleiniger Sentinel-Node-Biopsie

Nenner Patient*innen mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom, negativem pN-Staging und ohne präoperative tumorspezifische Therapie

Tabelle 7: Durchgeführte Sentinel-Lymphknotenbiopsien, 2016–2020, Qualitätsziel (nach OnkoZert) $\geq 80\%$

Den Empfehlungen der S3-Leitlinie folgend wurden zur Berechnung zunächst alle primären, invasiven Mammakarzinome mit negativem pN-Staging und ohne neoadjuvante

Therapie einbezogen. Im Zähler finden sich alle Patient*innen mit Durchführung einer SLNB wieder.

Q18 – Durchgeführte Strahlentherapie nach einer brusterhaltenden Therapie (BET)						
Jahr		2016	2017	2018	2019	2020
Zähler		70	60	65	91	71
Nenner		72	64	73	94	73
randAbt	(in %)	97	94	89	97	97
Einzugsbereich	(in %)	91	90	89	91	91

Zähler Patient*innen mit invasivem Karzinom und BET, die eine Radiotherapie der Brust erhalten haben

Nenner Patient*innen mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom und BET

Tabelle 8: Durchgeführte Strahlentherapien nach einer BET, 2016–2020, Qualitätsziel (nach OnkoZert) $\geq 90\%$

Die brusterhaltende Therapie (BET) zählt zu den Standards bei der operativen Behandlung von Mammakarzinomen. Im Anschluss an eine BET erfolgt eine Strahlentherapie. Laut aktueller S3-Leitlinie kann auf eine Strahlentherapie nur

bei Vorliegen spezifischer Kriterien und nach einer individuellen Beratung verzichtet werden (mit erhöhtem Lokalrezidivrisiko).

In der Tabelle abgebildet ist die absolute Gesamtanzahl aller Patient*innen mit einem invasiven Mammakarzinom

und anschließender BET (Nenner) sowie der Behandlung selbiger Patient*innen mit einer Strahlentherapie (Zähler). Es ist zu beachten, dass für die Berechnung alle Patient*innen gezählt wurden, bei welchen die Strahlentherapie spätestens acht Monate nach der BET erfolgte. Aus dieser Zeitspanne resultiert für das Betrachtungsjahr 2020 eine

geringere Anzahl von Strahlentherapien, was damit zu einem kleineren Wert der Kennzahl führt.

Ausschlaggebend für eine Zuordnung der Strahlentherapie in das angegebene Jahr ist das Operationsjahr der BET. Berücksichtigt wird nur die erste Strahlentherapie der Zielgebiete 3.1 (Mamma als Ganzbrust) oder 3.2 (Mamma als Teilbrust).

QI9 – Endokrine Therapie bei rezeptorpositiven Befund						
Jahr		2016	2017	2018	2019	2020
Zähler		82	60	72	85	75
Nenner		87	62	74	89	81
randAbt	(in %)	94	97	97	96	93
Einzugsbereich	(in %)	70	64	65	59	41

Zähler Patient*innen, die eine adjuvante endokrine Therapie erhalten haben
Nenner Steroidrezeptorpositive Patient*innen mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom

Tabelle 9: Durchgeführte endokrine Therapien bei rezeptorpositiven Befunden, 2016–2020, Qualitätsziel (nach OnkoZert) $\geq 80\%$

In die Zählung wurden alle Patient*innen einbezogen, welchen als Primärerkrankung ein steroidpositiv invasives Mammakarzinom diagnostiziert wurde (Nenner) mit anschließender adjuvanter endokriner Therapie (Zähler).

Aus der Betrachtung ausgeschlossen wurden auftretende Rezidive.

QI10 – Trastuzumab-Therapie bei HER2-positivem Befund						
Jahr		2016	2017	2018	2019	2020
Zähler		23	10	10	19	16
Nenner		23	10	11	21	17
randAbt	(in %)	100	100	91	90	94
Einzugsbereich	(in %)	76	76	71	80	87

Zähler Alle Patient*innen, die eine (neo-) adjuvante Trastuzumab-Therapie über ein Jahr erhalten haben
Nenner Alle HER2-positiven (immunhistochemisch Score 3+ und/oder ISH-positiv) Patient*innen mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom \geq pT1c

Tabelle 10: Durchgeführte Trastuzumab-Therapien bei HER2-positivem Befund, 2016–2020, Qualitätsziel (nach OnkoZert) $\geq 95\%$

Im Nenner wurden alle Patient*innen erfasst, welche die in der S3-Leitlinie beschriebenen Bedingungen erfüllten und dabei ein primäres, invasives Mammakarzinom mit einer Tumorgroße \geq pT1c aufwiesen. Entscheidend für den Einschluss der Patient*innen in den Zähler ist der Startzeitpunkt der Therapie in Abhängigkeit zur Operation. Einbezogen werden:

- Fälle mit einer neoadjuvanten Trastuzumab-Therapie bzw. einem Start der Therapie maximal acht Monate vor der Operation oder

- Fälle mit einer adjuvanten Trastuzumab-Therapie bzw. einem Start der Therapie maximal drei Monate nach der Operation. Die Behandlungsdauer der Therapie sollte dabei ein Jahr umfassen.

Um die Primärtherapie abzubilden werden nur Fälle mit einer mindestens 15-monatigen progressfreien Zeit ab der Erstdiagnose einbezogen.

2.2 Inhaltliche Vollständigkeit des organspezifischen Zusatzmoduls – Mammakarzinom

Zur Erweiterung und unter dem Ziel einer bundesweit einheitlichen und damit vergleichbaren Datendokumentation von Krebserkrankungen wurde der onkologische Basisdatensatz um organspezifische Module ergänzt. Vorgestellt werden nachfolgend von Ihrer Einrichtung gemeldete Inhalte der Zusatzmodule. Diese dienen den vorangegangenen

dargestellten Qualitätsindikatoren als Berechnungsgrundlage und stehen somit in direktem Zusammenhang miteinander.

Die folgende Abbildung weist die Vollständigkeit der Meldungen der im organspezifischen Modul festgelegten Variablen Ihrer Einrichtung und des gesamten Einzugsbereiches aus. Unterhalb der Balken sind die absoluten

Fallzahlen Ihrer Einrichtung für die jeweiligen Jahre dargestellt (a) sowie die zu erwartenden Werte (e) abgebildet. Die Zuordnung zum Jahr und der Einrichtung erfolgt analog zu den Qualitätsindikatoren.

Bitte beachten Sie, dass unvollständige oder fehlende Angaben ursächlich für ungenaue Ergebnisse bei den Qualitätsindikatoren sein können. Je vollständiger uns die jeweiligen Modulinhalt gemeldet werden, desto genauer und realitätsgetreuer können wir Ihre Leistungen abbilden.

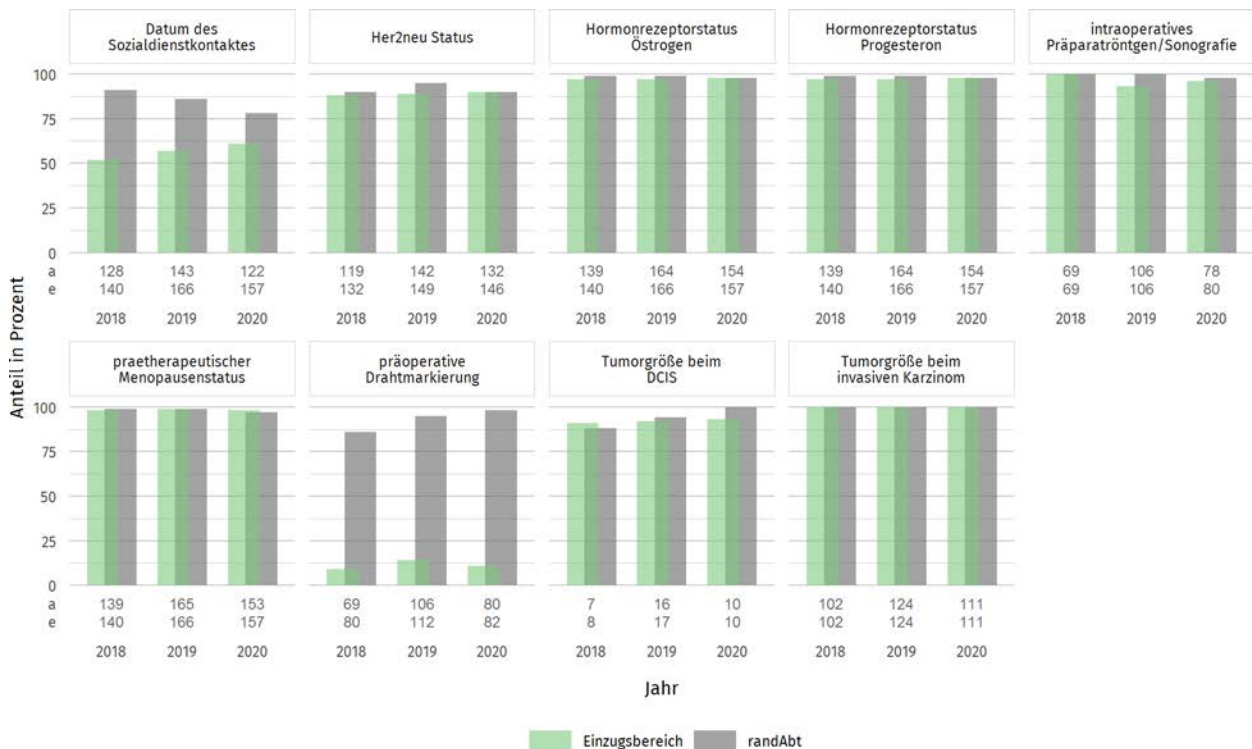


Abbildung 13: Inhaltliche Vollständigkeit des organspezifischen Moduls ‚Mammakarzinom‘ im Einzugsbereich und in Ihrer Einrichtung, 2016–2020, Anmerkung: Die Erfüllung der Variable ‚intraoperatives Präparatröntgen/Sonografie‘ hängt unmittelbar davon ab, ob eine präoperative Drahtmarkierung durchgeführt und an das zuständige Klinische Krebsregister gemeldet wurde.

2.3 Erfüllung der Qualitätsindikatoren – Malignes Melanom

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020
randAbt	25	41	41	38	38
Einzugsbereich	267	306	354	425	378

Tabelle 11: absolute Fallzahlen Ihrer Einrichtung (randAbt) und dem Einzugsbereich (Klinisches Krebsregister Leipzig), 2016-2020

Die Zuordnung der Qualitätsparameter zu Ihrer Einrichtung erfolgt über die Durchführung einer Resektionsoperation, einer Bestrahlung oder einer systemischen Therapie. Das Ziel der Therapie muss in jedem Fall der Primärtumor sein. Ist bis zum Auswertungszeitpunkt keine Therapie

durchgeführt worden, erfolgt die Zuordnung über die Diagnose. Abweichungen der dargestellten Kennzahlen zu erhobenen Daten aus der OncoBox resultieren aus unterschiedlichen Selektionen.

Q13 – Vorstellung Hauttumorboard

Jahr		2016	2017	2018	2019	2020
Zähler		0	5	3	2	2
Nenner		0	5	4	3	2
randAbt	(in %)	0	100	75	67	100
Einzugsbereich	(in %)	100	89	78	78	100

Zähler Patient*innen, die in dem interdisziplinären Hauttumorboard vorgestellt werden

Nenner Patient*innen mit mukosalem Melanom oder kutanem Melanom Stadium IV

Tabelle 12: Spezifische Fälle mit Vorstellung in einem interdisziplinären Hauttumorboard, 2016–2020, Qualitätsziel (nach OnkoZert) $\geq 95\%$

In Planung einer multimodalen Therapie sollen alle Patient*innen eines mukosalen Melanoms oder eines kutanen

Melanoms des Stadiums IV (Nenner) in einem interdisziplinären Hauttumorboard vorgestellt werden (Zähler). Der Einschluss erfolgt anhand spezifischer Histologieschlüssel.

Q14 – Wächterlymphknoten-Biopsie

Jahr		2016	2017	2018	2019	2020
Zähler		3	6	1	0	0
Nenner		7	7	2	1	1
randAbt	(in %)	43	86	50	0	0
Einzugsbereich	(in %)	57	74	63	58	74

Zähler Patient*innen, bei denen die Wächterlymphknoten-Biopsie durchgeführt wird

Nenner Patient*innen mit einem primären, kutanen Melanom \geq pT2a und ohne Hinweis auf lokoregionale oder Fernmetastasierung

Tabelle 13: Durchgeführte Wächterlymphknoten-Biopsien, 2016–2020, Qualitätsziel (nach OnkoZert) $\geq 80\%$

Zur weiterführenden Stadienzuordnung empfiehlt die Leitlinie die Durchführung einer Wächterlymphknoten-Biopsie bei Patient*innen primärer, kutaner Melanome \geq pT2a ohne Hinweise auf lokoregionale (cN0) oder Fernmetastasierung (M0) oder einem cUICC-Stadium $<$ III bei \geq pT2a

(Nenner). In die Auswertung des Zählers wurden alle Patient*innen mit einer entsprechenden Biopsie innerhalb von sechs Monaten nach Stellung der Diagnose (Diagnosedatum) und einer Angabe über die untersuchten Sentinel-Lymphknoten (pN (sn) oder Anzahl untersuchter Lymphknoten $>$ 0) einbezogen.

Q19 – LDH-Bestimmung

Jahr		2016	2017	2018	2019	2020
Zähler		0	0	0	0	0
Nenner		0	5	3	2	1
randAbt	(in %)	0	0	0	0	0
Einzugsbereich	(in %)	0	0	0	0	0

Zähler Patient*innen mit LDH-Bestimmung

Nenner Patient*innen mit malignem Melanom bei Eintritt Stadium IV

Tabelle 14: LDH-Bestimmung, 2016–2020, Qualitätsziel (nach OnkoZert) $\geq 80\%$

Ein erhöhter Serum-Laktatdehydrogenase(LDH)-Spiegel gilt als unabhängiger prognostischer Faktor für eine schlechtere Überlebensrate im Stadium IV und soll bei Patient*innen im Stadium IV regelhaft bestimmt werden. Die LDH-Bestimmung kann entweder über das Modul Malignes

Melanom als LDH-Wert in U/l oder als Suffix für die M-Kategorie der TNM-Klassifikationen mit den Ausprägungen (0) LDH nicht erhöht bzw. (1) LDH erhöht gemeldet werden.

2.4 Erfüllung der Qualitätsindikatoren – Lungenkarzinom

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020
randAbt	104	113	125	136	124
Einzugsbereich	732	663	746	777	760

Tabelle 15: Absolute Fallzahlen Ihrer Einrichtung (randAbt) und dem Einzugsbereich (Klinisches Krebsregister Leipzig), 2016–2020

Die Zuordnung der Qualitätsparameter zu Ihrer Einrichtung erfolgt über die Operation. Wenn keine Operation durchgeführt wurde, erfolgt die Zuordnung über die Bestrahlung, Internistische Therapie oder Diagnose. Das Jahr ist über den Zeitpunkt der klinischen, zytologischen oder

histologischen Sicherung entsprechend zugewiesen worden. Abweichungen der dargestellten Kennzahlen zu erhobenen Daten aus einer Zertifizierung z.B. nach OnkoZert resultieren aus unterschiedlichen Selektionen der Fallzahlen.

Q15 – Prätherapeutische Vorstellung Tumorkonferenz

Jahr		2016	2017	2018	2019	2020
Zähler		21	16	12	24	7
Nenner		37	22	27	30	16
randAbt	(in %)	57	73	44	80	44
Einzugsbereich	(in %)	54	65	65	81	75

Zähler Anzahl Patient*innen, die prätherapeutisch in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden

Nenner Alle Patient*innen mit NSCLC Stadium IVA

Tabelle 16: Prätherapeutische Vorstellung Tumorkonferenz, 2016–2020, Qualitätsziel (nach OnkoZert) $\geq 70\%$

In Q15 werden alle Patient*innen nicht-kleinzelliger Lungenkarzinome (NSCLC) im Stadium IVA berücksichtigt

(Nenner), deren Fälle in einer prätherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt wurden (Zähler).

Q16 – Adjuvante Cisplatin-basierte Chemotherapie bei NSCLC Stadium II–IIIA1/A2

Jahr		2016	2017	2018	2019	2020
Zähler		0	0	0	1	0
Nenner		1	4	2	1	4
randAbt	(in %)	0	0	0	100	0
Einzugsbereich	(in %)	12	28	34	32	18

Zähler Anzahl Patient*innen mit einer adjuvanten Chemotherapie mit Cisplatin-basierter Kombination

Nenner Alle Patient*innen mit Erstdiagnose NSCLC Stadium II bzw. IIIA1/A2, ECOG 0/1, R0-Resektion und Lymphknotendissektion

Tabelle 17: Adjuvante Cisplatin-basierte Chemotherapie bei NSCLC Stadium II–IIIA1/A2, 2016–2020, Qualitätsziel (nach OnkoZert) $> 15\%$

Für den Q16 wurden alle Patient*innen nicht-kleinzelliger Lungenkarzinome (NSCLC) im Stadium II bzw. IIIA mit R0-Resektion des Tumors und systematischer Lymphknotendissektion in gutem Allgemeinzustand (ECOG 0/1) (Nenner) und zusätzlich angewandter adjuvanter Cisplatin-basierter systemischer Therapie (Zähler) ausgezählt. Die

Stadienunterteilung in die Subtypen A1/A2, anhand der Roberson-Klassifikation, ist über den ADT/GEKID-Datensatz aktuell nicht abbildbar. Aus diesem Grund wird das Stadium IIIA komplett in die Berechnung dieses Qualitätsindikators eingeschlossen.

Q17 – Kombinierte Radiochemotherapie bei NSCLC Stadium IIIA4/IIIB/IIIC

Jahr		2016	2017	2018	2019	2020
Zähler		4	9	12	9	7
Nenner		9	19	19	10	16
randAbt	(in %)	44	47	63	90	44
Einzugsbereich	(in %)	39	31	40	52	47

Zähler Anzahl Patient*innen mit Radiochemotherapie

Nenner Alle Patient*innen mit Erstdiagnose NSCLC Stadium IIIB oder IIIC und ECOG 0/1

Tabelle 18: Kombinierte Radiochemotherapie bei NSCLC Stadium IIIB/IIIC, 2016–2020, Qualitätsziel (nach OnkoZert) $\geq 25\%$

Für den Q17 ausgezählt wurden alle Patient*innen nicht-kleinzelliger Lungenkarzinome (NSCLC) im Stadium IIIB und IIIC in gutem Allgemeinzustand (ECOG 0/1) (Nenner) und zusätzlich kombinierter Radiochemotherapie (Zähler). Die Stadienunterteilung in den Subtyp IIIA4, anhand der

Roberson-Klassifikation, ist über den ADT/GEKID-Datensatz aktuell nicht abbildbar. Aus diesem Grund wurde das Stadium IIIA aus der Berechnung dieses Qualitätsindikators ausgeschlossen.

Q18 – Kombinierte Radiochemotherapie bei SCLC Stad. IIB–IIIC

Jahr		2016	2017	2018	2019	2020
Zähler		1	4	4	5	5
Nenner		3	6	8	7	6
randAbt	(in %)	33	67	50	71	83
Einzugsbereich	(in %)	42	32	32	48	58

Zähler Anzahl Patient*innen mit Radiochemotherapie

Nenner Alle Patient*innen mit Erstdiagnose SCLC Stadium IIB[T3]–IIIC [TNM: cT1/2 N2–3 M0, cT3/4 N0–3 M0] und ECOG 0/1

Tabelle 19: Kombinierte Radiochemotherapie bei SCLC Stadium IIB–IIIC, 2016–2020, Qualitätsziel (nach OnkoZert) > 30%

In die Berechnung des Q18 wurden alle Patient*innen kleinzelliger Lungenkarzinome (SCLC) im Stadium IIB bis IIIC in gutem Allgemeinzustand (ECOG 0/1) (Nenner) und zusätzlich kombinierter Radiochemotherapie (Zähler) einbezogen. Für die Beurteilung einer kombinierten Radiochemotherapie bedurfte es der Meldung des Endes der ersten

Therapie. Lag eine solche Meldung nicht vor, durften zwischen den jeweiligen Therapiebeginnen nicht mehr als 10 Wochen liegen. Andernfalls wurde der Fall aus der Berechnung ausgeschlossen.

2.5 Inhaltliche Vollständigkeit gemeldeter Variablen

Aufgrund dessen, dass aktuell noch kein organspezifisches Modul für die Lunge existiert, erfolgt die Darstellung der Vollständigkeit für ausgewählte Variablen, welche für die Berechnung der Qualitätsindikatoren von Bedeutung sind. Unterhalb der Balken sind die absoluten Fallzahlen Ihrer Einrichtung für die jeweiligen Jahre dargestellt (a) sowie die zu erwartenden Werte (e) abgebildet.

Bitte beachten Sie, dass unvollständige oder fehlende Angaben ursächlich für ungenaue Ergebnisse bei den Qualitätsindikatoren sein können. Je vollständiger uns die jeweiligen Modulinhalte gemeldet werden, desto genauer und realitätsgetreuer können wir Ihre Leistungen abbilden.

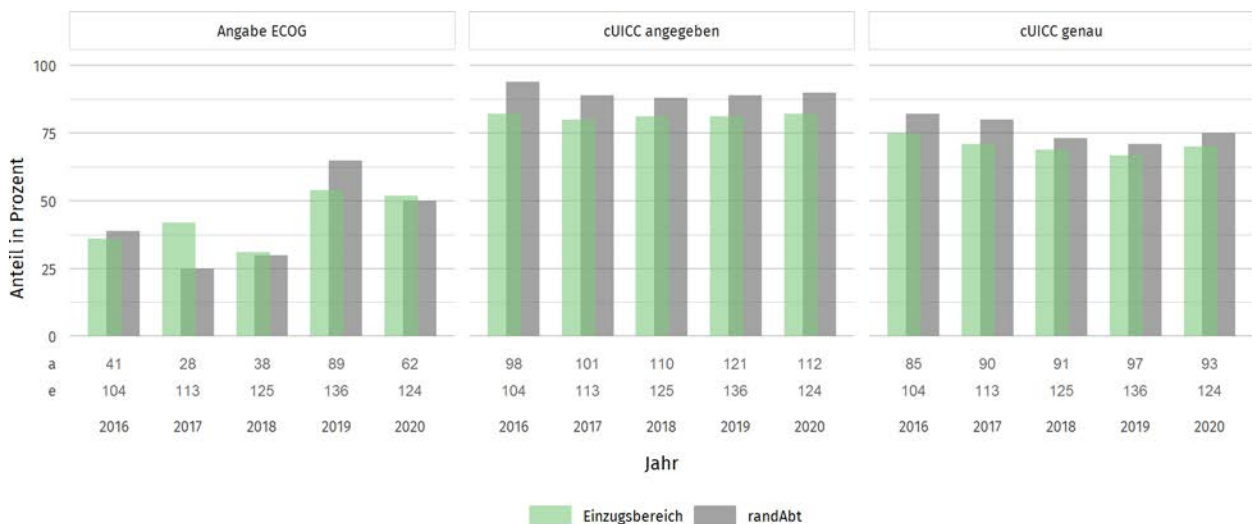


Abbildung 14: Inhaltliche Vollständigkeit gemeldeter Variablen im Einzugsbereich und in Ihrer Einrichtung, 2016–2020

2.6 Erfüllung der Qualitätsindikatoren – Kolorektales Karzinom

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020
randAbt	112	93	95	114	86
Einzugsbereich	842	859	920	1 003	868

Tabelle 20: Absolute Fallzahlen Ihrer Einrichtung (randAbt) und dem Einzugsbereich (Klinisches Krebsregister Leipzig), 2016–2020

Die Zuordnung der Qualitätsparameter zur meldenden Einrichtung und dem zugehörigen Jahr erfolgt über die erste tumorspezifische Operation innerhalb von 12 Monaten nach der Diagnosestellung. Wenn keine Operation im Zeitraum durchgeführt wurde, erfolgt die Zuordnung über das

Diagnosedatum. Bei den nachfolgenden Qualitätsindikatoren, welche operative Eingriffe umfassen, sind i.d.R. Notfalloperationen aus den Zählungen ausgeschlossen. Abweichungen der dargestellten Kennzahlen zu erhobenen Daten aus der OncoBox resultieren aus unterschiedlichen Selektionen.

Q12 – Vollständige Befundberichte nach Tumorresektion bei kolorektalen Karzinomen (KRK)

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020	
Zähler	90	69	87	102	77	
Nenner	100	88	92	103	78	
randAbt	(in %)	78	95	99	99	
Einzugsbereich	(in %)	80	79	75	79	84

Zähler Anzahl Patient*innen mit Befundbericht mit Angabe von: Tumortyp nach WHO-Klassifikation, Tumorinvasionstiefe (pT-Klassifikation), Status der regionären Lymphknoten (pN-Klassifikation), Anzahl der untersuchten Lymphknoten, Grading, Abstand von den Resektionsrändern (beim Rektumkarzinom auch circumferentiell), R-Klassifikation

Nenner Alle Patient*innen mit KRK und operativer Resektion

Tabelle 21: Vollständige Befundberichte nach einer Tumorresektion bei KRK, 2016–2020, Qualitätsziel (nach OnkoZert) $\geq 95\%$

In der Tabelle dargestellt sind alle Patient*innen mit der Diagnose eines KRK und anschließender operativer Resektion (Nenner). In die Zählung vollständiger Befundberichte nach der Tumorresektion (Zähler) wurden ausschließlich Meldungen berücksichtigt, welche die folgenden Angaben enthielten: Tumortyp nach WHO-Klassifikation, Tumorinvasionstiefe (pT-Klassifikation), Status der regionären

Lymphknoten (pN-Klassifikation), Anzahl der untersuchten Lymphknoten, Grading, Abstand von den Resektionsrändern (nur für Rektumkarzinome, aufgrund fehlender Angaben im ADT/GEKID Basisdatensatz bei Kolonkarzinomen) und der R-Klassifikation.

Q15 – Angabe Abstand des Rektumkarzinoms zur mesorektalen Faszie

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020	
Zähler	1	0	5	11	4	
Nenner	41	28	28	33	16	
randAbt	(in %)	0	18	33	25	
Einzugsbereich	(in %)	4	10	8	10	14

Zähler Alle Patient*innen mit Angabe des Abstands zur mesorektalen Faszie im Befundbericht

Nenner Alle Patient*innen mit Rektumkarzinom und MRT oder Dünnschicht-CT des Beckens

Tabelle 22: Befundberichte mit Angaben über den Abstand des Rektumkarzinoms zur mesorektalen Faszie, 2016–2020, Qualitätsziel (nach OnkoZert) $> 90\%$

In die Zählung wurden alle Patient*innen mit Rektumkarzinomen eingeschlossen, bei welchen eine MRT oder ein Dünnschicht-CT des Beckens durchgeführt wurden (Nenner). Im anschließenden Befundbericht soll laut Leitlinie

eine Aussage bzgl. des Abstandes des Rektumkarzinoms zur mesorektalen Faszie getroffen werden. Die Häufigkeit dieser Angabe ist im Zähler abgebildet.

Q16 – Qualität einer totalen mesorektalen Exzision (TME) mittels Operationsresektat

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020	
Zähler	18	15	19	18	16	
Nenner	24	16	23	23	16	
randAbt	(in %)	94	83	78	100	
Einzugsbereich	(in %)	81	76	60	66	78

Zähler Anzahl aller Patient*innen mit guter oder moderater Qualität (Grad 1: Mesorektale Faszie erhalten, Grad 2: Intramesorektale Einrisse) der TME

Nenner Alle Patient*innen mit radikal operiertem Rektumkarzinom

Tabelle 23: Fälle mit guter oder moderater Qualität der TME, 2016–2020, Qualitätsziel (nach OnkoZert) $\geq 85\%$

In der Tabelle wurden alle Befunde, in denen die Qualität des TME-Präparates als gut (Grad 1, mesorektale Faszie er-

halten) oder als moderat (Grad 2, intramesorektale Einrisse) einzuschätzen ist, einbezogen (Zähler). Es wurden

alle Patient*innen eingeschlossen, deren Rektumkarzinom elektiv operiert wurde (Nenner).

Q17 – Vorstellung in prätherapeutischer Tumorkonferenz						
Jahr		2016	2017	2018	2019	2020
Zähler		46	24	29	37	32
Nenner		55	35	37	45	37
randAbt	(in %)	84	69	78	82	86
Einzugsbereich	(in %)	40	50	36	49	55

Zähler Anzahl der Patient*innen, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden

Nenner Alle Patient*innen mit Rektumkarzinom und alle Patient*innen mit Kolonkarzinom Stadium IV

Tabelle 24: Vorstellungen bestimmter KRK-Patient*innen in einer prätherapeutischen Tumorkonferenz, 2016–2020, Qualitätsziel (nach OnkoZert) $\geq 95\%$

In Q17 werden alle Patient*innen mit Kolonkarzinomen des Stadiums IV oder Rektumkarzinomen berücksichtigt (Nenner), deren Fälle in einer prätherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt wurden (Zähler).

Q18 – Adjuvante Chemotherapie bei Kolonkarzinomen mit UICC Stadium III						
Jahr		2016	2017	2018	2019	2020
Zähler		0	3	5	3	5
Nenner		11	15	14	14	15
randAbt	(in %)	0	20	36	21	33
Einzugsbereich	(in %)	35	40	45	37	45

Zähler Anzahl der Patient*innen, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben

Nenner Alle Patient*innen mit Kolonkarzinom im UICC-Stadium III, bei denen eine R0-Resektion des Primärtumors erfolgte

Tabelle 25: Durchgeführte adjuvante Chemotherapien bei Kolonkarzinomen mit UICC Stadium III, 2016–2020, Qualitätsziel (nach OnkoZert) $\geq 70\%$

Für den Q18 wurden alle Kolonkarzinompatient*innen im Stadium III mit R0-Resektion des Tumors (Nenner) und zusätzlich angewandter adjuvanter systemischer Therapie (Zähler) ausgezählt.

Q111 – Anzeichnung Stomaposition bei Rektumkarzinomen						
Jahr		2016	2017	2018	2019	2020
Zähler		1	0	1	5	2
Nenner		3	3	1	6	2
randAbt	(in %)	33	0	100	83	100
Einzugsbereich	(in %)	33	41	32	38	42

Zähler Anzahl der Patient*innen mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition

Nenner Alle Patient*innen mit Rektumkarzinom, bei denen eine Operation mit Stomaanlage durchgeführt wurde

Tabelle 26: Präoperative Anzeichnungen der Stomaposition, 2016–2020, Qualitätsziel (nach OnkoZert) $\geq 90\%$

Zur Reduzierung postoperativer Stoma-Komplikationen und zur Steigerung der Akzeptanz sowie zur späteren eigenständigen Versorgung des Stomas durch die Patient*innen ist eine präoperative Markierung (Anzeichnung) leitliniengerecht durchzuführen.

Für die Berechnung wurden alle elektiv operierten Rektumkarzinompatient*innen mit Durchführung einer Stomaanlage (Nenner) und präoperativer Anzeichnung der Stomaposition (Zähler) zu Grunde gelegt.

2.7 Inhaltliche Vollständigkeit des organspezifischen Zusatzmoduls – Kolorektales Karzinom

Zur Erweiterung und unter dem Ziel einer bundesweit einheitlichen und damit vergleichbaren Datendokumentation von Krebserkrankungen wurde der onkologische Basisdatensatz um organspezifische Module ergänzt. Vorgestellt

werden nachfolgend von Ihrer Einrichtung gemeldete Inhalte der Zusatzmodule. Diese dienen den vorangegangenen

nen dargestellten Qualitätsindikatoren als Berechnungsgrundlage und stehen somit in direktem Zusammenhang miteinander.

Die folgende Abbildung weist die Vollständigkeit der Meldungen der im organspezifischen Modul festgelegten Variablen Ihrer Einrichtung und des gesamten Einzugsbereiches aus. Unterhalb der Balken sind die absoluten Fallzahlen Ihrer Einrichtung für die jeweiligen Jahre dargestellt (a) sowie die zu erwartenden Werte (e) abgebildet.

Die Zuordnung zum Jahr und der Einrichtung erfolgt analog zu den Qualitätsindikatoren.

Bitte beachten Sie, dass unvollständige oder fehlende Angaben ursächlich für ungenaue Ergebnisse bei den Qualitätsindikatoren sein können. Je vollständiger uns die jeweiligen Modulinhalt gemeldet werden, desto genauer und realitätsgetreuer können wir Ihre Leistungen abbilden.

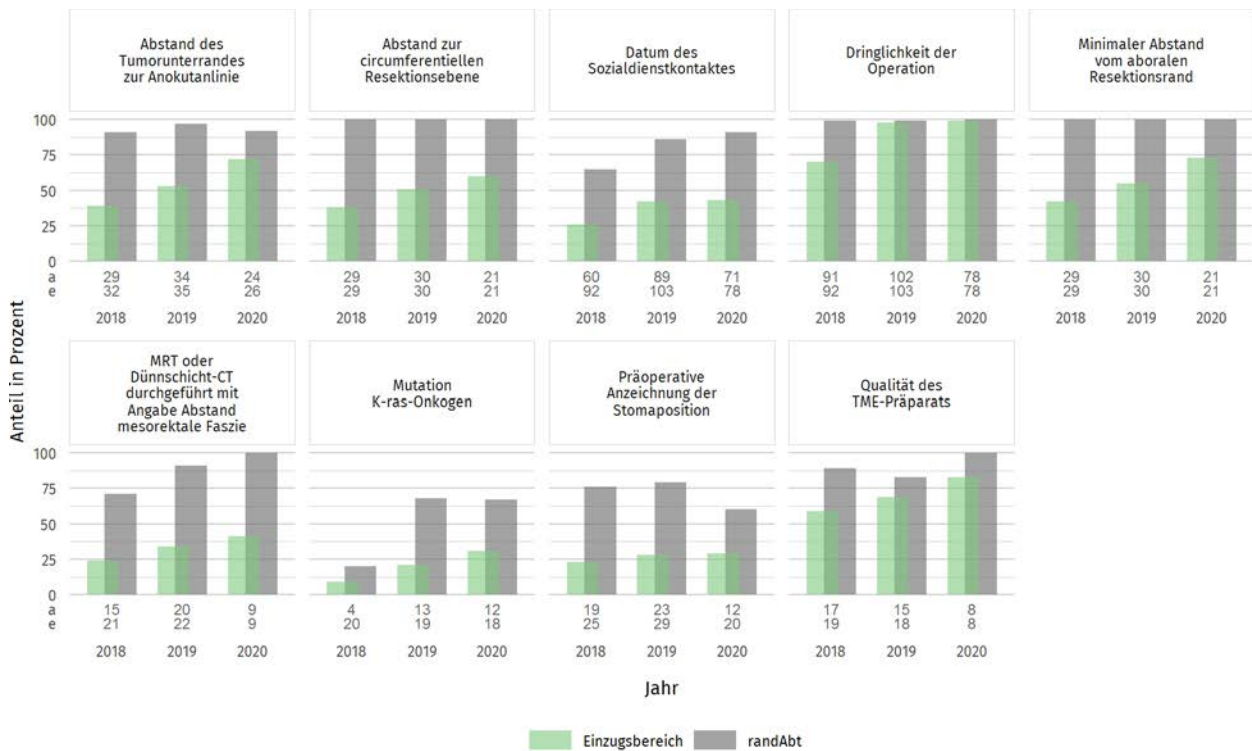


Abbildung 15: Inhaltliche Vollständigkeit des organspezifischen Moduls ‚kolorektales Karzinom‘ im Einzugsbereich und in Ihrer Einrichtung, 2016–2020

Impressum

Ansprechpartner in den jeweiligen klinischen Krebsregistern

Bei Fragen zum Auswertungsbogen oder zu den klinischen Auswertungen

Bei Fragen zum Meldevorgang

Bei Fragen zu IT

Bearbeitung und Redaktion

Herausgeber