

## Rückmeldung über erfasste klinische Tumordaten

Muster  
Gesamte Einrichtung  
Zeitraum: 01.01.2019–31.12.2023  
Erstellt: 19.12.2024

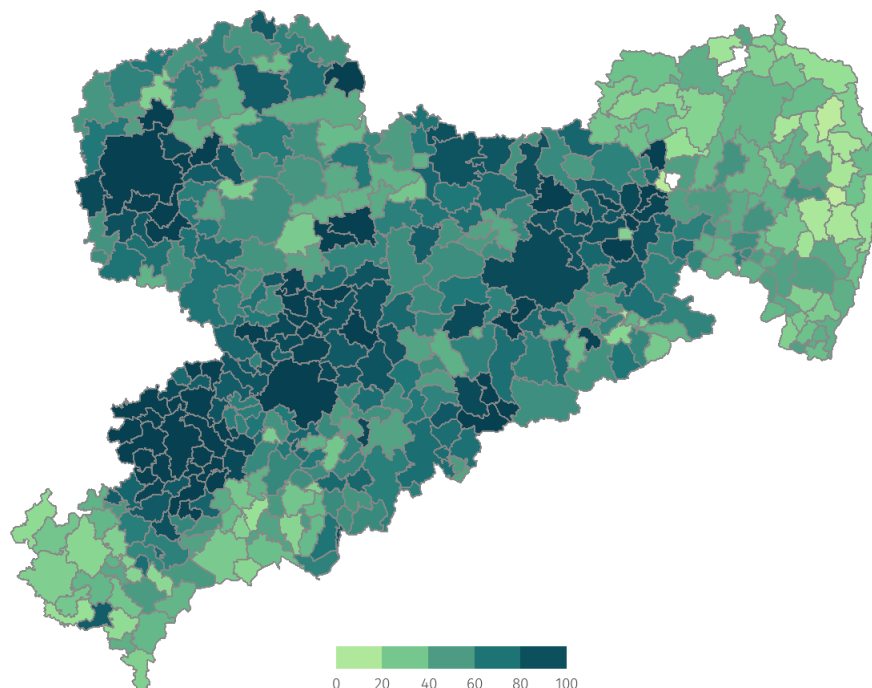
### Aktuelles

Am 13. Juni 2024 ist das novellierte Gesetz zur klinischen und epidemiologischen Krebsregistrierung (SächsKRegG) in Kraft getreten, welches fortan die rechtliche Basis für die Implementierung des bundesweiten Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes (KFRG) in Sachsen darstellt. Zusätzlich konnte im Juli 2024 die Zusammenführung der vier Klinischen Krebsregistern im Freistaat Sachsen in die neue Unternehmensstruktur der Krebsregister Sachsen gGmbH erfolgreich umgesetzt werden. Ein Zusammenschluss der Krebsregisterdatenbanken mit klinischen Daten aus über 30 Jahren Laufzeit in eine gesamt-sächsische Datenbank war bereits 2023 erfolgt. Dieser Datenschatz kann nunmehr noch effektiver wissenschaftlich genutzt werden.

Die Erstellung und Weiterentwicklung der Rückmeldeberichte unterliegt einem interdisziplinären, engagierten und gesamt-sächsischen Team, das nicht nur die vorgeschriebenen Förderkriterien des GKV-Spitzenverbandes

inhaltlich berücksichtigt, sondern auch aktuelle Fragestellungen umsetzt. So finden Sie neben der klassischen Auswertung nach UICC-Klassifikation nunmehr weitere internationale organspezifische Klassifikationen berücksichtigt. Sie erhalten dieses Jahr erstmals im Kapitel „Behandelte Patienten und tumorspezifische Therapien“ einen Gesamtüberblick über Ihre erbrachten und an das Register gemeldeten Leistungen im Jahresverlauf. Aufgrund des großen Umfangs sind die Ausführungen getrennt nach ICD-10-Diagnosen bzw. Abteilungen für Ihre Einrichtung als Datendatei dem Bericht beigelegt.

Wir sind sehr auf Ihr Feedback gespannt und nehmen gern Hinweise und Auswertungswünsche, soweit diese allgemein umsetzbar sind, in unser Konzept auf. Für detaillierte Nachfragen und Einzelauswertungen stehen wir auf Anfrage zur Verfügung.



**Abbildung 1:** Prozentualer Anteil von in Ihrem Krankenhaus behandelten Tumoren an allen Tumoren der jeweiligen Region. Dabei werden nur die folgenden Tumorentitäten (ICD-10) der Diagnosejahre 2019–2023 betrachtet: C18/C20/D01.0/D01.2, C34/D02.2, C43/D03, C50/D05, C61/D07.5. Zusätzlich wurden im Betrachtungszeitraum in Ihrer Einrichtung weitere 11798 Tumorpatienten mit Wohnort außerhalb Sachsens behandelt. Karte: © GeoBasis-DE/BKG 2022.

## 1 Auswertung Muster

### 1.1 Hintergrund und Methodik

Der vorliegende generische Bericht aus der gesamt-sächsischen Krebsregisterdatenbank ist eine retrospektive Analyse der erbrachten und gemeldeten Leistungen Ihrer Einrichtung der letzten fünf Jahre. Berücksichtigt werden alle von Ihnen behandelten und gemeldeten Patienten mit einer nach dem Sächsischen Krebsregistergesetz (SächsKRegG) meldepflichtigen Tumorerkrankung. Es finden sowohl Diagnosemeldungen als auch Meldungen zu Behandlungen Einzug in den Bericht. Die ausgewiesenen Tumoren und Carcinomata in situ gehen mit ihrem höchsten Diagnosesicherungsgrad in die Auswertungen ein. Auf diese Weise werden auch klinische Diagnosen berücksichtigt, sofern keine weitere histopathologische Sicherung erfolgte.

Im Bericht finden Sie Darstellungen zu den Patienten-, Tumor- und Therapiecharakteristika sowie Analysen zu entitätsspezifischen Qualitätsindikatoren. Sie erhalten eine Auskunft zur Vollständigkeit Ihrer Meldungen und haben gleichzeitig die Möglichkeit, Ihre Einrichtung mit den sächsischen Gesamtzahlen zu vergleichen.

### 1.2 Meldungen

In der Abbildung werden, je nach Meldeanlass, die absoluten Häufigkeiten Ihrer Meldungen zu selbst erbrachten Leistungen im jährlichen Zeitverlauf präsentiert. Dies er-

Die jeweiligen Diagnose- und Behandlungsjahre sind ausschlaggebend für die Zuordnung zum Betrachtungszeitraum. Die Bezugsgrößen werden abhängig vom Kapitelinhalt individuell ausgewiesen.

Im Fokus der Analysen stehen maximal die fünf häufigsten Tumorentitäten, die in Ihrem Krankenhaus behandelt wurden. Auf Ihr Krankenhaus bezogen betrifft dies die folgenden Entitäten (ICD-10):

- C18/C20/D01.0/D01.2
- C34/D02.2
- C43/D03
- C50/D05
- C61/D07.5.

Alle im Anschluss folgenden Analysen beziehen sich in Abhängigkeit von deren inhaltlicher Abbildbarkeit (z. B. UICC-Stadium nur bei soliden Tumoren) und der Erfüllung von Mindestfallzahlen auf die zuvor genannten Tumorentitäten. In Abhängigkeit der dargestellten Inhalte kann neben den häufigsten Tumoren eine Kategorie „Sonstige“ ausgewiesen werden. Hierbei handelt es sich um den zusammengefassten Rest der von Ihnen gemeldeten/behandelten Entitäten.

folgt sowohl für Ihre maximal fünf häufigsten Tumorentitäten als auch für die Übrigen. Diese werden in der Gruppe „Sonstige“ zusammengefasst.



**Abbildung 2:** Absolute Anzahl von Meldeanlässen im Zeitverlauf 2019–2023

### 1.3 Behandelte Patienten und tumorspezifische Therapien

Die Tabelle gibt Ihnen Auskunft über die absolute Anzahl der von Ihnen behandelten Patienten im Zeitverlauf. Patienten, die im Betrachtungszeitraum wegen mehrerer

Tumoren behandelt wurden, werden zusätzlich ausgewiesen.

**Tabelle 1:** Anzahl der von Ihnen behandelten Patienten im Zeitverlauf, 2019–2023

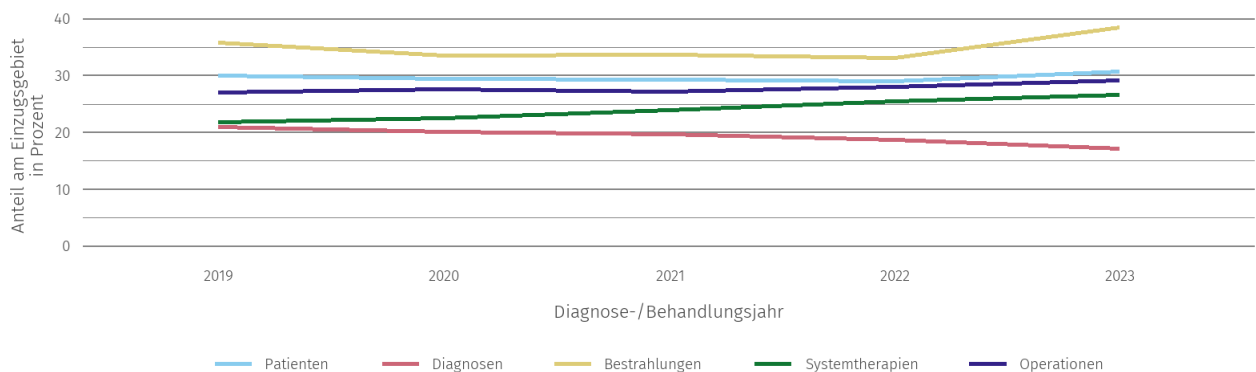
Diagnose-/Behandlungsjahr	2019	2020	2021	2022	2023
5 häufigsten ICD-10-Gruppen	7 692	7 397	7 439	7 277	7 861
Sonstige	10 067	10 206	9 796	9 725	10 084
<b>Gesamt</b>	<b>17 759</b>	<b>17 603</b>	<b>17 235</b>	<b>17 002</b>	<b>17 945</b>
darunter Anzahl von Patienten mit Behandlungen mehrerer Tumoren	606	564	521	527	603

Nachfolgend wird die Gesamtanzahl Ihrer Behandlungen getrennt nach Meldeanlässen über alle Tumorentitäten im Jahresverlauf dargestellt. Unter Leistungen werden alle Meldeanlässe gemäß KFRG gezählt, welche von Ihrer Einrichtung durchgeführt wurden. Es erfolgt dabei keine Einschränkung der abgebildeten Häufigkeiten durch Mindestmengen. Pro Tag, Patient und Tumor wird jede Behandlung einmal gewertet. Ziel der Behandlung können dabei der Primärtumor, regionäre Lymphknoten, Fernmetastasen sowie Rezidive sein. Das ausgewiesene Jahr entspricht dem Diagnose- oder Behandlungsjahr. Diagnostische Eingriffe werden aus den Operationen ausgeschlossen. Langfristige systemische Therapien werden aktuell nur im Jahr des Beginns und nur für die Einrichtung gezählt, welche die Therapie begonnen hat.

Kombinationen von Chemo-, Immun- und Targettherapeutika werden unter „kombinierten Systemtherapien“ zusammengefasst. In die Kategorie der sonstigen Systemtherapien zählen unter anderem Stammzelltransplantationen, Bisphosphonattherapien und Therapiekonzepte wie Wait-and-See, Best-Supportive-Care etc. Das abschließende Liniendiagramm zeigt den prozentualen Anteil Ihrer Behandlungen im Einzugsbereich im zeitlichen Verlauf. Der Einzugsbereich entspricht den ehemaligen Verwaltungsbezirken (Chemnitz, Dresden oder Leipzig), in welchem sich Ihre Einrichtung befindet. Kleinteiligere Auswertungen zu der Unterteilung Ihrer Leistungen beispielsweise getrennt nach ICD-10-Code erhalten Sie zusätzlich als Datenblatt.

**Tabelle 2:** Absolute Anzahl durchgeführter Leistungen Ihrer Einrichtung, getrennt nach Meldeanlass, 2019–2023

Jahr	Diagnosen	Bestrahlungen	Operationen	Chemotherapie	Hormontherapie	Immuntherapie	Targettherapie	Kombinierte Systemtherapie	Sonstige
2023	7 415	5 025	10 400	4 193	606	1 521	771	1 511	1 172
2022	6 992	4 406	9 960	4 629	611	1 765	814	1 027	986
2021	7 154	4 583	10 057	5 116	564	1 806	839	629	1 068
2020	7 064	4 526	10 398	5 174	432	1 883	775	602	1 097
2019	7 320	4 615	10 347	4 961	384	1 704	774	487	856

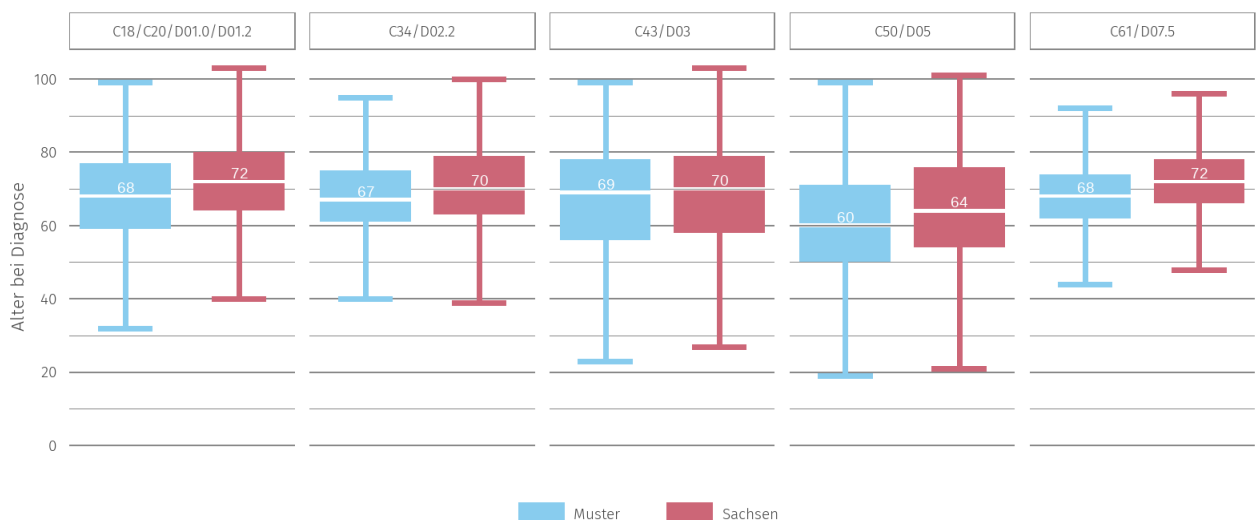


**Abbildung 3:** Prozentualer Anteil Behandlungen im Verhältnis zu allen meldenden Einrichtungen im Einzugsbereich nach Behandlungsjahr und -art, 2019–2023

#### 1.4 Erkrankungsalter

Die Abbildung stellt die entitätsspezifische Variabilität des Diagnosealters der von Ihnen behandelten Patienten im Beobachtungszeitraum in Form von Boxplots dar. Durch diese Art der Darstellung erhalten Sie zum einen

Auskunft zum medianen Erkrankungsalter sowie den Minimal-/Maximalwerten. Zum anderen können Sie sich einen Überblick über die generelle Verteilung der Werte in Quartilen verschaffen. Zusätzlich werden die Referenzwerte aus Gesamtsachsen mit abgebildet.

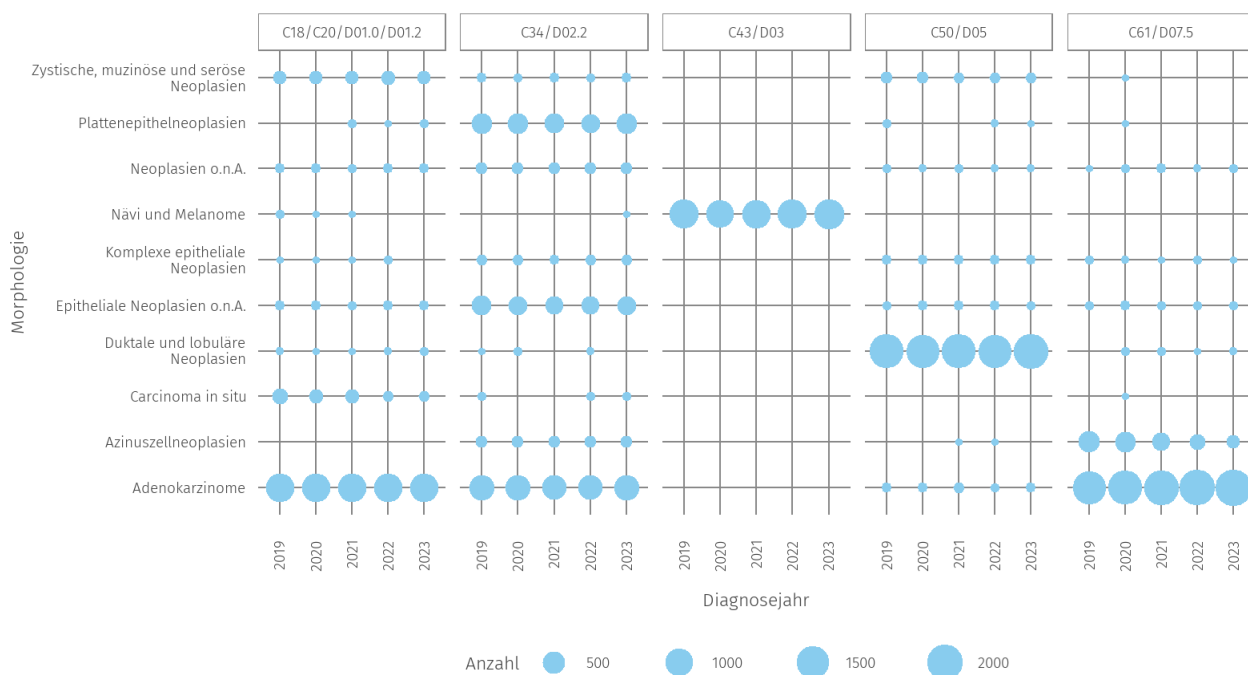


**Abbildung 4:** Erkrankungsalter der Patienten, getrennt nach Entität, 2019–2023

## 1.5 Morphologie (ICD-O-3 Zweite Revision 2019)

Die Abbildung stellt die 5 häufigsten ICD-10-Gruppen dar, die in Ihrem Krankenhaus behandelt wurden. Innerhalb der jeweiligen Entitäten werden die häufigsten Tumormorphologien nach ICD-O-3 benannt. Die Darstellung erfolgt nach dem Diagnosejahr.

Die angegebenen Punkte geben tumorspezifisch ein Größenverhältnis der Morphologien zueinander wieder. Eine wertgenaue Angabe ist aus der Abbildung nicht ableitbar.



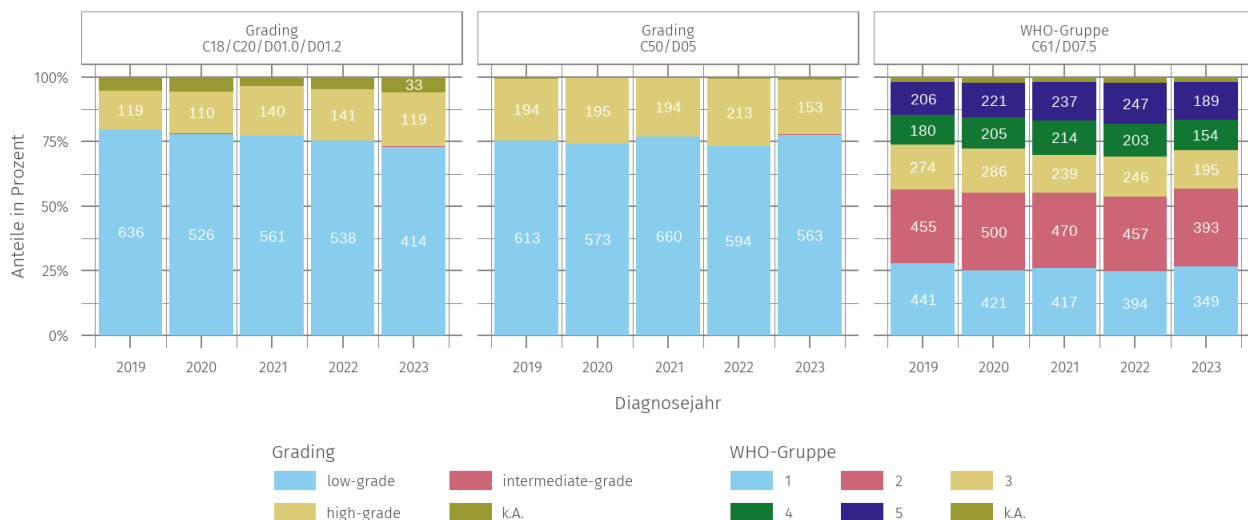
**Abbildung 5:** Häufigkeitsverteilung der Morphologien nach Diagnosejahr und Entität, 2019–2023

## 1.6 Malignitätskriterien

In diesem Abschnitt sind die in Ihrer Einrichtung behandelten Patienten nach ausgewählten Malignitätskriterien dargestellt. Es werden nur die ICD-10 Diagnosen abgebildet, für die ein histopathologisches Grading oder ein Gleason-Score ermittelt werden kann. Fälle, bei denen kein eindeutiges Kriterium gemeldet wurde, werden unter der Gruppe „keine Angabe (k. A.)“ zusammengefasst.

Für das Prostatakarzinom wird die Zusammenfassung des Gleason-Scores in die WHO-Gruppe genutzt (TNM, 8. Auflage). Dabei erfolgt die folgende Übersetzung:

- Gruppe 1: Gleason-Score 2-6
- Gruppe 2: Gleason-Score 7a
- Gruppe 3: Gleason-Score 7b
- Gruppe 4: Gleason-Score 8
- Gruppe 5: Gleason-Score 9-10.

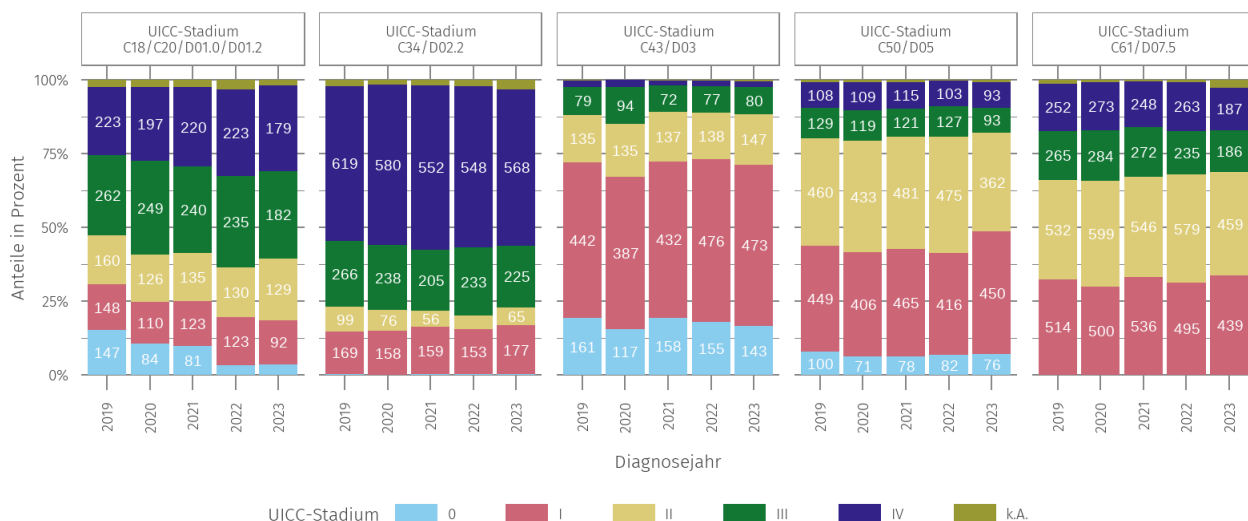


**Abbildung 6:** Tumorspezifische Malignitätskriterien nach Diagnosejahr und Entität, 2019–2023

### 1.7 Klassifikation von Tumoren

Für die 5 häufigsten Tumorentitäten Ihrer Einrichtung werden Ihnen die in Europa aktuell gebräuchlichsten Klassifikationen (UICC, WHO-Grad, Ann-Arbor, Binet oder SLiM CRAB) dargestellt. Jeder Patient wird dabei jeweils nur einmal pro Tumor im gesamten Beobachtungszeit-

raum gezählt. Bei den abgebildeten Tumorentitäten handelt es sich immer um den zugrundeliegenden Primärtumor. Zur besseren Übersicht werden die Ausprägungen der spezifischen Klassifikationen in Hauptgruppen zusammengefasst. Solide Tumoren werden durch das UICC-Stadium beschrieben.



**Abbildung 7:** Klassifikation von Tumoren, getrennt nach Diagnosejahren und Entität, 2019–2023

### 1.8 Fernmetastasierung

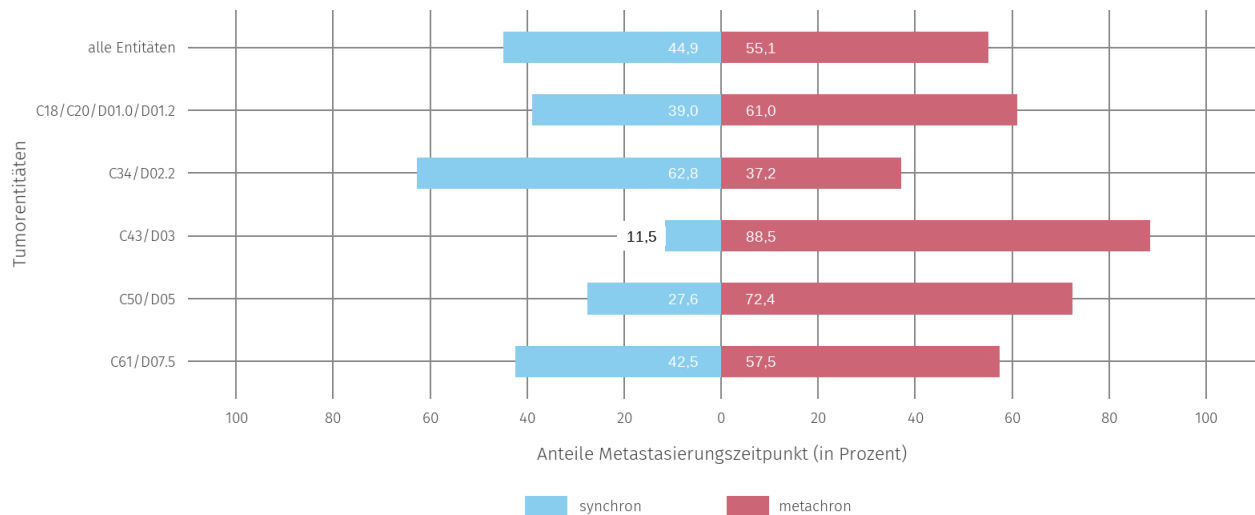
Im Folgenden werden nur fernmetastasierte Fälle betrachtet. Metastasen entstehen tumor- und patientenspezifisch zu unterschiedlichen Zeiten im Krankheitsverlauf. Innerhalb von 92 Tagen nach der Erst-Diagnosestellung werden neu diagnostizierte Metastasen noch als

„synchrone“ Filialisierung gezählt. Eine Filialisierung im späteren Krankheitsverlauf wird als „metachron“ bezeichnet.

Cave: Es besteht die Möglichkeit, dass der Anteil der metachronen Filialisierung unterschätzt wird, da Patienten

92 Tage nach Diagnosestellung möglicherweise noch nicht metastasiert sind, aber das Ende des aktuellen Betrachtungszeitraumes erreicht ist.

Tumorentitäten mit weniger als 15 Fällen im gesamten Betrachtungszeitraum werden aus der Darstellung ausgeschlossen.



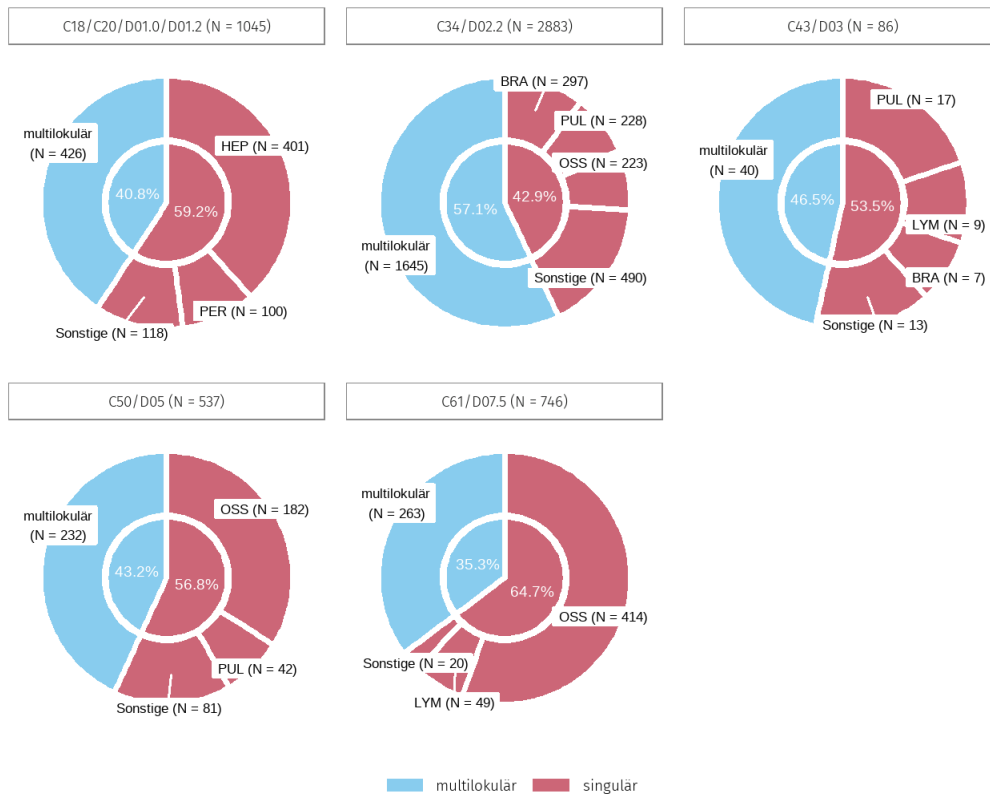
**Abbildung 8:** Prozentuale Verteilung des Fernmetastasierungszeitpunktes, getrennt nach Entität, 2019–2023

### 1.9 Lokalisation synchroner Fernmetastasen

Die Grafik visualisiert die Lokalisation synchroner Fernmetastasen mittels eines mehrstufigen Kreisdiagramms. Der innere Kreis zeigt das Verhältnis zwischen uni- und multilokulärer Metastasierung, wobei als „multilokulär“ alle synchronen Fernmetastasen mit demselben Feststellzeitpunkt zusammengefasst werden. Der äußere Kreis bietet eine detailliertere Darstellung der Anteile der Organlokalisationen der Metastasen und hebt

die jeweils maximal drei häufigsten hervor. Alle anderen werden in der Kategorie „Sonstige“ zusammengefasst. Cave: Es kann lediglich die generelle Besiedelung der Organe dargestellt werden. Der onkologische Basisdatensatz sieht aktuell eine Dokumentation absoluter Anzahlen einzelner Metastasen nicht vor.

Es ist zudem zu beachten, dass nur Entitäten ausgewiesen werden, bei denen mehr als 15 Fälle im Gesamtbeobachtungszeitraum registriert wurden.



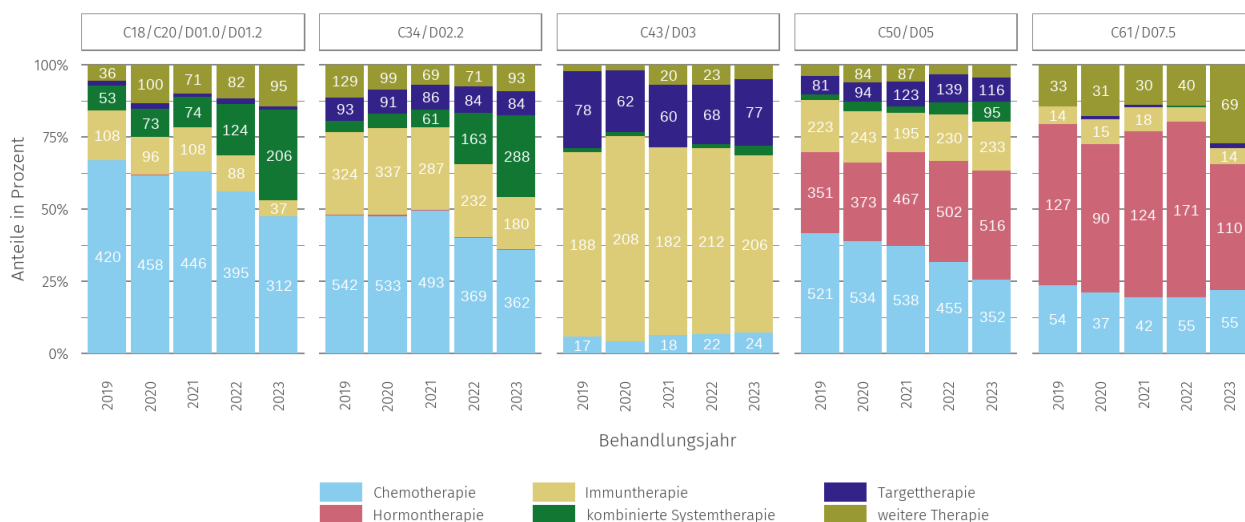
**Abbildung 9:** Lokalisation von synchronen Fernmetastasen, getrennt nach Entität, 2019–2023

## 1.10 Systemische Therapien

Dargestellt wird die Verteilung systemischer Therapien im Zeitverlauf, getrennt nach Entität und der spezifischen Behandlungsform. Die Gruppe der kombinierten Therapien umfasst Chemo-, Immun- und/oder zielgerichteten Substanzen in verschiedenen Kombinationen.

Zu den weiteren Therapien zählen Hyperthermien und Behandlungskonzepte wie Best Supportive Care, Active Surveillance und Wait-and-see.





**Abbildung 10:** Systemische Therapiearten, getrennt nach Behandlungsjahr und Entität, 2019–2023

## 2 Relatives Überleben

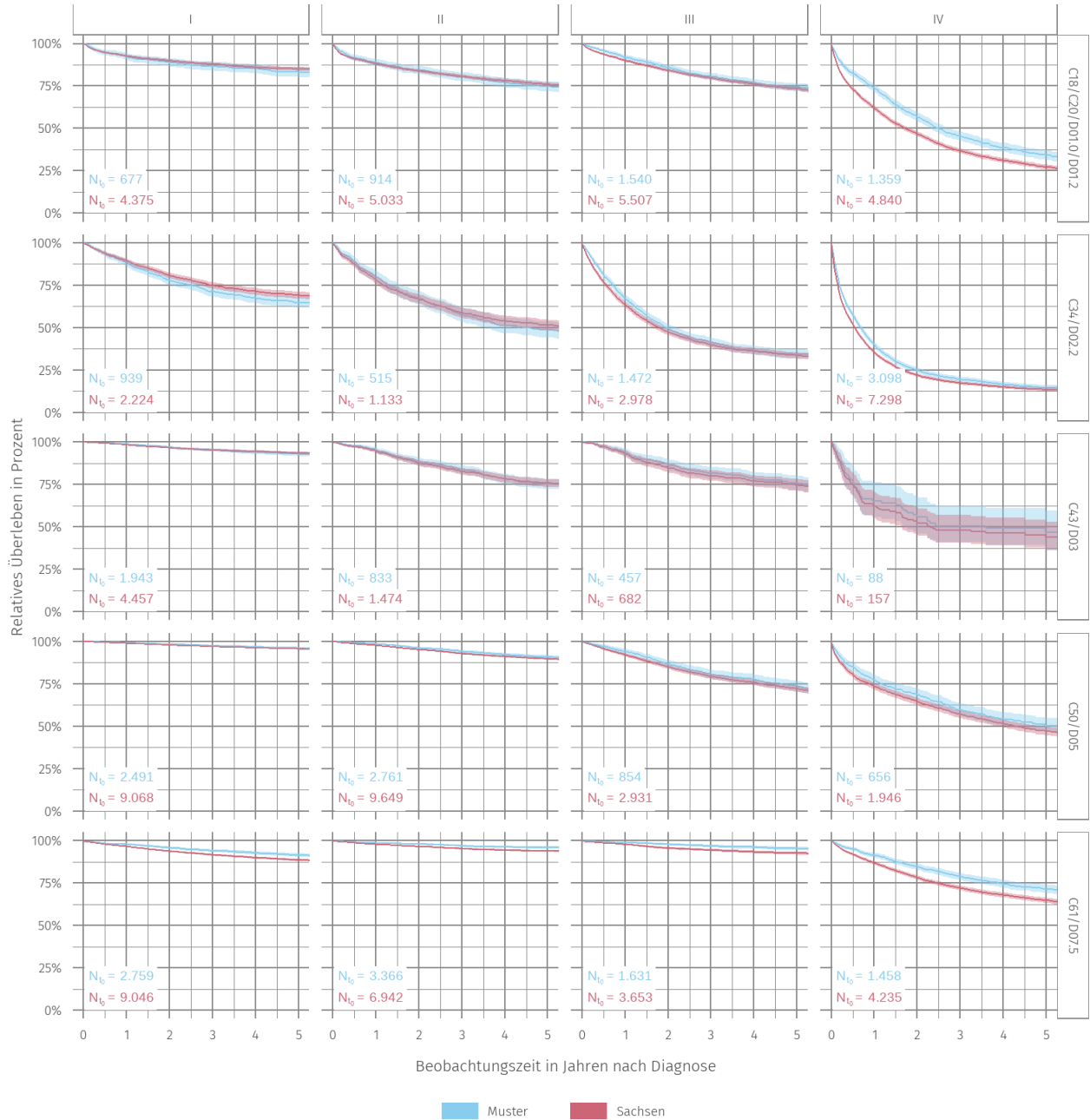
Um Aussagen über die Überlebenseussichten von Tumorpatienten treffen zu können, werden Überlebenszeitanalysen durchgeführt. Die Berechnung des relativen Überlebens bezieht dabei die Tatsache ein, dass nicht alle Sterbefälle auf die Tumorerkrankung zurückzuführen sind und weist so die durchschnittliche Überlebenswahrscheinlichkeit von Tumorpatienten unter Berücksichtigung der natürlichen Sterberate der einzelnen Altersgruppen der sächsischen Bevölkerung aus. Eine Stratifizierung erfolgt nach den üblichen Klassifikationssystemen.

Die Kurven zeigen jeweils den prozentualen Anteil von Tumorpatienten Ihrer Einrichtung, die in einem 5-Jahreszeitraum nach Diagnosestellung noch am Leben sind.

Dabei wird der Anteil der Überlebenden Patienten Ihrer Einrichtung (blaue Kurve) dem Anteil der Überlebenden aus Gesamtsachsen (rote Kurve) gegenübergestellt. In der Analyse wurde als Startzeitpunkt das Diagnosedatum definiert. Endzeitpunkt oder Zielereignis sind entweder der Tod oder das letzte Verlaufsdatum bei noch lebenden Patienten. Es werden nur Entitäten mit einer Mindestanzahl von 50 Fällen ausgewiesen.

Für die Interpretation der hier aufgeführten Überlebensanalysen bleibt zu berücksichtigen, dass diese zwar einen ersten Eindruck vermitteln können, eine differenziertere Betrachtung jedoch nur mit multivariaten Analyseverfahren unter der Kontrolle weiterer Einflussfaktoren möglich ist.

## 2.1 UICC-Stadium



**Abbildung 11:** Relative Überlebenswahrscheinlichkeiten bis fünf Jahre nach Erstdiagnose getrennt nach Entität, im Vergleich zu Sachsen, 2016–2020

### 3 Qualitätsindikatoren

Die nachfolgenden Auswertungen zu den Qualitätsindikatoren erfolgen in Anlehnung an die Empfehlungen der Plattform § 65c\* sowie der Zertifizierungseinrichtung der deutschen Krebsgesellschaft (OnkoZert) unter Berücksichtigung des onkologischen Basisdatensatzes und dessen organspezifischen Module.

Die angegebenen Qualitätsziele bzw. Referenzwerte sind den Vorgaben der S3-Leitlinien entnommen. Existieren seitens der Leitlinie keine spezifischen Prozentangaben, gelten als Minimalanforderung die Angaben der Plausibilität seitens OnkoZert.

An die Qualitätsindikatoren anschließend erhalten Sie eine Übersicht über den Anteil vollständig gemeldeter Items des onkologischen Basisdatensatzes, welche zum Großteil essenziell für die Berechnung der Qualitätsindikatoren sind.

\* Bei der Plattform § 65c handelt es sich um den bundesweiten Zusammenschluss der Klinischen Krebsregister gemäß § 65c SGB V.

#### 3.1 Erfüllung der Qualitätsindikatoren – Kolorektales Karzinom

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 Selektionskriterien.

Der Ergebnisdarstellung der Qualitätsindikatoren geht eine Tabelle voran, welche die für Ihre Einrichtung berechneten Qualitätsindikatoren darstellt und kurz die Ein- und Ausschlusskriterien der Berechnung darlegt. Bei diesen kann es sich exemplarisch um eine spezifische Voruntersuchung, eine therapeutische Maßnahme oder ein patientenunabhängiges Kriterium (z. B. die Vollständigkeit von Befundberichten) handeln. Die Beschreibungen der Qualitätsindikatoren sind den Erklärungen der entsprechenden S3-Leitlinien nachempfunden und können dort jeweils nachgelesen werden.

**Tabelle 3:** Übersicht über die berechneten Qualitätsindikatoren Ihrer Einrichtung, 2019–2023

S3 <sup>1</sup>	OZ <sup>2</sup>	Definition		Berechnung	Ref
QI 2	26	Vollständige Befundberichte nach Tumorresektion bei kolorektalen Karzinomen (KRK)	Zähler	Anzahl Patienten mit Befundbericht unter Angabe von: Tumortyp nach WHO-Klassifikation, Tumorinvasionstiefe (pT-Klassifikation), Status der regionären Lymphknoten (pN-Klassifikation), Anzahl der untersuchten Lymphknoten, Grading, Abstand von den Resektionsrändern (zusätzlich CRM beim Rektumkarzinom), R-Klassifikation	≥ 95 %
			Nenner	Alle Patienten mit KRK und operativer Resektion	
QI 5	12	Angabe Abstand des Rektumkarzinoms zur mesorektalen Faszie	Zähler	Alle Patienten mit Angabe des Abstands zur mesorektalen Faszie im Befundbericht	≥ 90 %
			Nenner	Alle Patienten mit Rektumkarzinom und MRT oder Dünnschicht-CT des Beckens	
QI 6	25	Qualität einer totalen mesorektalen Exzision (TME)	Zähler	Anzahl aller Patienten mit guter oder moderater Qualität (Grad 1: Mesorektale Faszie erhalten, Grad 2: Intramesorektale Einrisse) der TME	≥ 85 %
			Nenner	Alle Patienten mit radikal operiertem Rektumkarzinom	
QI 7	2	Vorstellung in einer prätherapeutischer Tumorkonferenz	Zähler	Anzahl der Patienten, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	≥ 95 %
			Nenner	Alle Patienten mit Rektumkarzinom Stadium I-IV und Kolonkarzinom Stadium IV	
QI 8	23	Adjuvante Chemotherapie bei Kolonkarzinomen mit UICC Stadium III	Zähler	Anzahl der Patienten, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben	≥ 70 %
			Nenner	Alle Patienten mit Kolonkarzinom im UICC-Stadium III, bei denen eine R0-Resektion des Primärtumors erfolgte	
QI 9	18	Anastomoseninsuffizienz Rektumkarzinom	Zähler	Anzahl der Patienten mit Anastomoseninsuffizienz Grad B oder C	≤ 15 %
			Nenner	Alle Patienten mit Rektumkarzinom und elektiver Tumorsektion mit Anastomosenanlage	
QI 11	21	Anzeichnung Stomaposition bei Rektumkarzinomen	Zähler	Anzahl der Patienten mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition	≥ 90 %
			Nenner	Alle Patienten mit Rektumkarzinom, bei denen eine Operation mit Stomaanlage durchgeführt wurde	

<sup>1</sup>Qualitätsindikator in der S3-Leitlinie; <sup>2</sup>Kennzahl aus dem Datenerhebungsbogen für Organzentren (OnkoZert)

Die nachfolgende Abbildung weist die Erfüllung der kolorektalen Qualitätsindikatoren Ihrer Einrichtung im Vergleich zu Sachsen aus. Der grau schattierte Bereich fungiert als Referenzbereich und spiegelt die Qualitätsziele der S3-Leitlinie wider, sofern diese seitens der Leitlinie

spezifisch definiert wurden. Andernfalls gilt die Minimalanforderung der Plausibilität von OnkoZert. Unterhalb der Balken sind die absoluten Fallzahlen Ihrer Einrichtung für die jeweiligen Jahre (a) als Zähler sowie die zu erwartenden Werte (e) als Nenner dargestellt.



**Abbildung 12:** Erfüllung der Qualitätsindikatoren kolorektaler Karzinome, 2019–2023

### 3.2 Inhaltliche Vollständigkeit des organspezifischen Zusatzmoduls – Kolorektales Karzinom

Die organspezifischen Zusatzmodule bilden neben den Angaben aus dem onkologischen Basisdatensatz entitätsspezifische Besonderheiten ab und dienen damit der vergleichbaren Datendokumentation von Krebserkrankungen. Vorgestellt werden nachfolgend die von Ihrer Einrichtung gemeldete Inhalte der Zusatzmodule. Die folgende Abbildung weist die Vollständigkeit der Meldungen der im organspezifischen Modul festgelegten

Items Ihrer Einrichtung und in Sachsen aus. Die Zuordnung zum Jahr und der Einrichtung sowie die grafische Darstellung 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 Modulinhalte gemeldet werden, desto genauer und realitätsgetreuer können wir Ihre Leistungen abbilden.



**Abbildung 13:** Inhaltliche Vollständigkeit des organspezifischen Moduls ‚kolorektales Karzinom‘ in Sachsen und in Ihrer Einrichtung, 2019–2023

### 3.3 Erfüllung der Qualitätsindikatoren – Mammakarzinom

Die Zuordnung der Qualitätsparameter zur meldenden Einrichtung und dem zugehörigen Jahr erfolgt primär über die Mastektomie oder eine brusterhaltende Therapie (BET) innerhalb von 18 Monaten nach der Diagnosestellung. Wenn keine Operation im Zeitraum durchgeführt wurde, erfolgt die Zuordnung über eine andere Tumorbehandlung innerhalb von 12 bis 18 Monaten oder schlussendlich über das Diagnosedatum. Wenn die Berechnungen von Qualitätsindikatoren operative Eingriffe einschließen, werden Notfalloperationen in der Regel exkludiert. Abweichungen der dargestellten Kennzahlen zu erhobenen Daten aus der OncoBox resultieren aus unterschiedlichen Selektionskriterien.

Der Ergebnisdarstellung der Qualitätsindikatoren geht eine Tabelle voraus, welche die für Ihre Einrichtung berechneten Qualitätsindikatoren darstellt und kurz die Ein- und Ausschlusskriterien der Berechnung darlegt. Bei diesen kann es sich exemplarisch um eine spezifische Voruntersuchung, eine therapeutische Maßnahme oder ein patientenunabhängiges Kriterium (z. B. ein intraoperatives Präparateradio-/sonographie) handeln. Die Beschreibungen der Qualitätsindikatoren sind den Erklärungen der entsprechenden S3-Leitlinien nachempfunden und können dort jeweils nachgelesen werden.

**Tabelle 4:** Übersicht über die berechneten Qualitätsindikatoren Ihrer Einrichtung, 2019–2023

S3 <sup>1</sup>	OZ <sup>2</sup>	Definition		Berechnung	Ref
QI 3	21	Intraoperative Präparateradio-/sonographie	Zähler	Operationen des Nenners mit intraoperativem Präparateröntgen oder intraoperativer Präparatesonographie	≥ 95 %
			Nenner	Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammographie oder Sonographie	
QI 4	18	Axilläre Lymphknotenentfernung bei ductalem Carcinoma in situ (DCIS)	Zähler	Patienten des Nenners mit axillärer Lymphknotenentnahme (primäre Axilladissektion oder Sentinel-Lymphknoten-Entfernung (SNB))	≤ 5 %
			Nenner	Patienten mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und brusterhaltender Therapie	
QI 5	9	Endokrine Therapie bei Metastasierung	Zähler	Patienten, die eine endokrine Therapie im metastasierten Stadium als First-Line-Therapie erhalten haben	≥ 95 %
			Nenner	Alle Patienten mit steroidrezeptorpositivem und HER2-negativem Mammakarzinom und Erstdiagnose einer Metastasierung	
QI 6	20	Indikation zur Sentinel-Lymphknotenbiopsie (nur weibliche Patientinnen)	Zähler	Patientinnen mit alleiniger Sentinel-Node-Biopsie	≥ 80 %
			Nenner	Patientinnen mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom, negativem pN-Staging und ohne präoperative tumorspezifische Therapie	
QI 8	4	Strahlentherapie nach brusterhaltender Therapie (BET) bei invasiven Mammakarzinomen	Zähler	Patienten mit invasivem Karzinom und BET, die eine Radiotherapie der Brust erhalten haben	≥ 90 %
			Nenner	Patienten mit Primärerkrankung eines invasiven Mammakarzinoms und BET (ohne primär M1 Patienten)	
QI 9	7	Endokrine Therapie bei steroidrezeptorpositivem Befund	Zähler	Patienten des Nenners, die eine adjuvante endokrine Therapie erhalten haben	≥ 95 %
			Nenner	Steroidrezeptorpositive Patienten mit Primärerkrankung eines invasiven Mammakarzinoms (ohne primär M1 Patienten)	
QI 10	8	Trastuzumab-Therapie über 1 Jahr bei HER-2 positivem Befund	Zähler	Patienten, die eine (neo-)adjuvante Trastuzumabtherapie über ein Jahr erhalten haben	≥ 95 %
			Nenner	Patienten mit invasivem Mammakarzinom mit HER-2 positiven Befund (immunohistochemisch Score 3+ und/oder ISH-positiv) ≥ pT1c (bei neoadjuvant vorbehandelten und bei nicht operierten Patienten: ≥ cT1c) (ohne primär M1 Patienten)	

<sup>1</sup>Qualitätsindikator in der S3-Leitlinie; <sup>2</sup>Kennzahl aus dem Datenerhebungsbogen für Organzentren (OnkoZert)

Die nachfolgende Grafik beschreibt die Erfüllung der Qualitätsindikatoren von Mammakarzinomen Ihrer Einrichtung im Vergleich zu Sachsen. Der grau schattierte Bereich fungiert als Referenzbereich und spiegelt die Qualitätsziele der S3-Leitlinie wider, sofern diese seitens

der Leitlinie spezifisch definiert wurden. Andernfalls gilt die Minimalanforderung der Plausibilität von OnkoZert. Unterhalb der Balken sind die absoluten Fallzahlen Ihrer Einrichtung für die jeweiligen Jahre (a) als Zähler sowie die zu erwartenden Werte (e) als Nenner dargestellt.



**Abbildung 14:** Erfüllung der Qualitätsindikatoren von Mammakarzinomen, 2019–2023

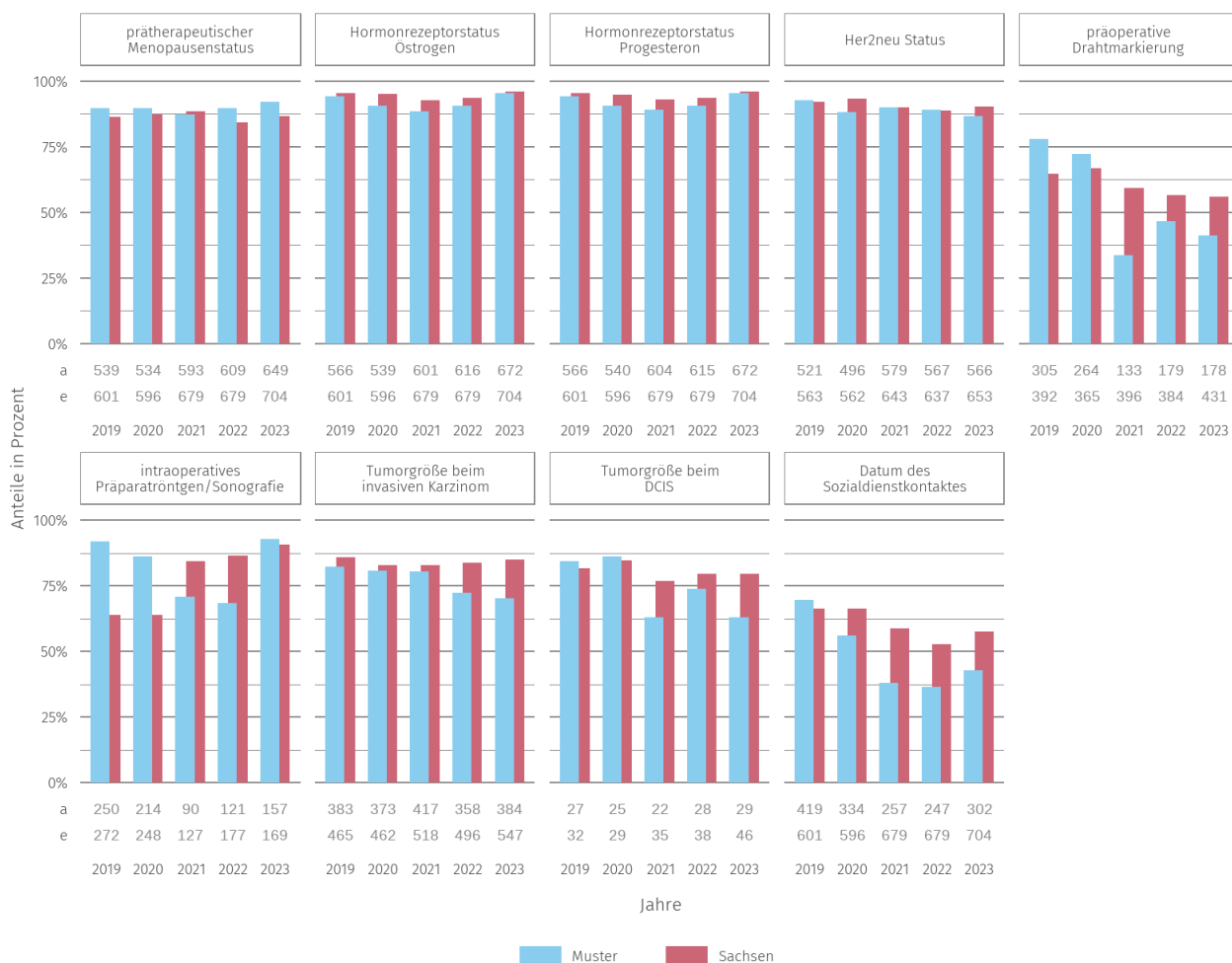
### 3.4 Inhaltliche Vollständigkeit des organspezifischen Zusatzmoduls – Mammakarzinom

Die organspezifischen Zusatzmodule bilden neben den Angaben aus dem onkologischen Basisdatensatz entitätsspezifische Besonderheiten ab und dienen damit der vergleichbaren Datendokumentation von Krebserkrankungen. Vorgestellt werden nachfolgend von Ihrer Einrichtung gemeldete Inhalte der Zusatzmodule. Die folgende Abbildung weist die Vollständigkeit der Meldungen der im organspezifischen Modul festgelegten

Items Ihrer Einrichtung und in Sachsen aus. Die Zuordnung zum Jahr und der Einrichtung sowie die grafische Darstellung 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 Modulinhalte gemeldet werden, desto genauer und realitätsgetreuer können wir Ihre Leistungen abbilden.





**Abbildung 15:** Inhaltliche Vollständigkeit des organspezifischen Moduls ‚Mammakarzinom‘ in Sachsen und in Ihrer Einrichtung, 2019–2023, Anmerkung: Die Erfüllung der Variable ‚intraoperatives Präparateradio-/sonographien‘ hängt unmittelbar davon ab, ob eine präoperative Drahtmarkierung durchgeführt und an das Krebsregister gemeldet wurde.

### 3.5 Erfüllung der Qualitätsindikatoren – Malignes Melanom

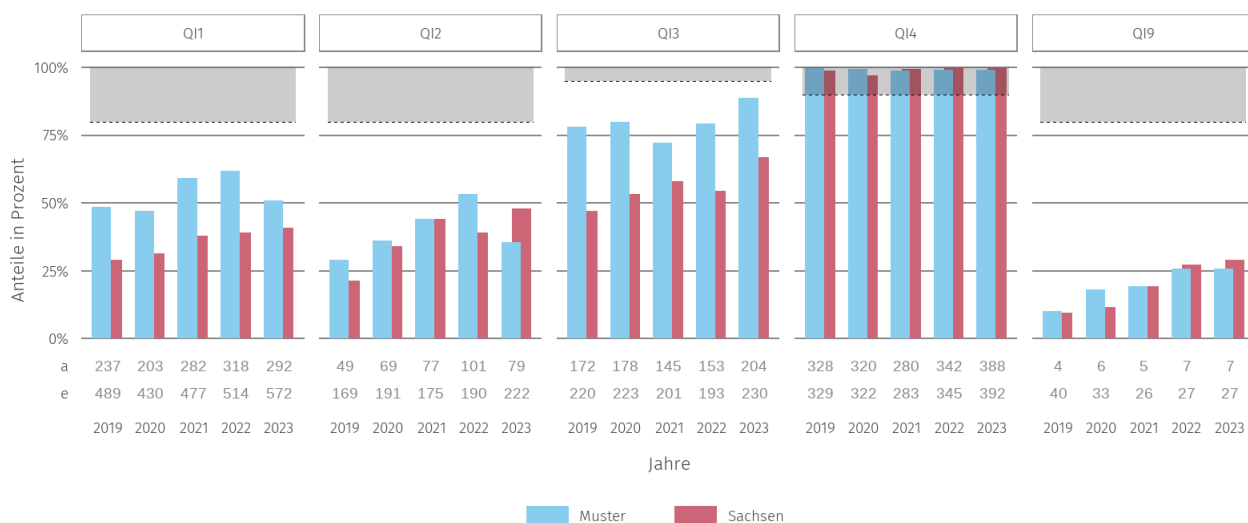
Die Zuordnung der Qualitätsparameter zur meldenden Einrichtung und dem zugehörigen Jahr erfolgt über die erste tumorspezifische Operation innerhalb von 12 Monaten nach der Diagnosestellung. Wenn keine Operation im Zeitraum durchgeführt wurde, erfolgt die Zuordnung über das Diagnosedatum. Die in der nachfolgenden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

operative Eingriffe, schließen jedoch in der Regel Notfalloperationen aus den Zählungen aus. Abweichungen der dargestellten Kennzahlen zu erhobenen Daten aus der OncoBox resultieren aus unterschiedlichen Selektionskriterien.

**Tabelle 5:** Übersicht über die berechneten Qualitätsindikatoren Ihrer Einrichtung, 2019–2023

S3 <sup>1</sup>	OZ <sup>2</sup>	Definition	Berechnung		Ref
QI 1	14	Melanom: Sicherheitsabstand (1 cm) bei radikaler Exzision	Zähler	Patienten des Nenners mit radikaler Exzision mit Sicherheitsabstand 1 cm	≥ 80 %
			Nenner	Patienten mit kutanem Melanom mit kurativer radikaler Exzision bei einer Tumordicke ≤ 2 mm	
QI 2	15	Melanom: Sicherheitsabstand (2 cm) bei radikaler Exzision	Zähler	Patienten des Nenners mit radikaler Exzision mit Sicherheitsabstand 2 cm	≥ 80 %
			Nenner	Patienten mit kutanem Melanom mit kurativer radikaler Exzision bei einer Tumordicke > 2 mm	
QI 3	2	Melanom: Fallbesprechung Stadium IIB bis IV	Zähler	Patienten des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	≥ 95 %
			Nenner	Patienten mit Melanom mit Stadium IIB bis IV	
QI 4	7	Sentinel-Node-Biopsie (SNB)	Zähler	SNB-Operationen des Nenners mit intraoperativ nachgewiesenem Sentinel-Lymphknoten	≥ 90 %
			Nenner	SNB-Operationen (pro Patient sind mehrere möglich)	
QI 9	17	Melanom: LDH-Bestimmung	Zähler	Patienten des Nenners mit LDH-Bestimmung	≥ 80 %
			Nenner	Patienten mit Melanom mit Stadium IV	

<sup>1</sup>Qualitätsindikator in der S3-Leitlinie; <sup>2</sup>Kennzahl aus dem Datenerhebungsbogen für Organzentren (OnkoZert)



**Abbildung 16:** Erfüllung der Qualitätsindikatoren malignes Melanom, 2019–2023

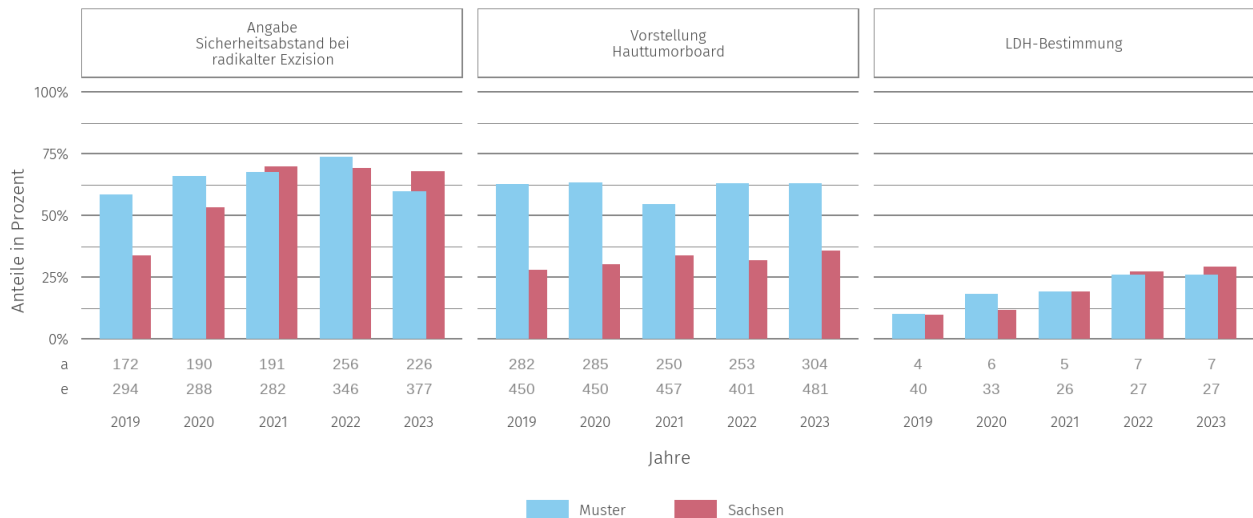
### 3.6 Inhaltliche Vollständigkeit des organspezifischen Zusatzmoduls – malignes Melanom

Die organspezifischen Zusatzmodule bilden neben den Angaben aus dem onkologischen Basisdatensatz entitätsspezifische Besonderheiten ab und dienen damit der vergleichbaren Datendokumentation von Krebserkrankungen. Vorgestellt werden nachfolgend von Ihrer Einrichtung gemeldete Inhalte der Zusatzmodule. Die folgende Abbildung weist die Vollständigkeit der Meldungen der im organspezifischen Modul festgelegten

Items Ihrer Einrichtung und in Sachsen aus. Die Zuordnung zum Jahr und der Einrichtung sowie die grafische Darstellung 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 Modulinhalte gemeldet werden, desto genauer und realitätsgetreuer können wir Ihre Leistungen abbilden.



**Abbildung 17:** Inhaltliche Vollständigkeit des organspezifischen Moduls ‚malignes Melanom‘ in Sachsen und in Ihrer Einrichtung, 2019–2023

### 3.7 Erfüllung der Qualitätsindikatoren – Lungenkarzinom

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 eine andere Tumorbehandlung innerhalb von 12 Monaten oder schlussendlich 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 Selektionskriterien.

**Tabelle 6:** Übersicht über die berechneten Qualitätsindikatoren Ihrer Einrichtung, 2019–2023

S3 <sup>1</sup>	OZ <sup>2</sup>	Definition	Zähler	Nenner	Berechnung	Ref
QI 5	2	Prätherapeutische Vorstellung Tumorkonferenz	Zähler	Nenner	Vorstellung prätherapeutischen Tumorkonferenz Patienten nicht-kleinzelliger Lungenkarzinome (NSCLC)	≥ 90 %
QI 6	21	Adjuvante cisplatinhaltige Chemotherapie im Stadium II-III <sub>A1-2</sub>	Zähler	Nenner	Fälle des Nenners mit cisplatinhaltige Chemotherapie R0- und Lymphknotenresezierte NSCLC-Patienten mit anatomischer Lungenresektion im Stadium II-III <sub>A1-2</sub> mit ECOG 0/1	15-70 %
QI 7	22	Kombinierte Radiochemotherapie im Stadium III <sub>A4</sub> /III <sub>B</sub> /III <sub>C</sub>	Zähler	Nenner	Fälle des Nenners mit kombinierter Radiochemotherapie NSCLC-Patienten im Stadium III <sub>A4</sub> /III <sub>B</sub> /III <sub>C</sub> mit ECOG 0/1	≥ 25 %
QI 8	28	Kombinierte Radiochemotherapie bei SCLC-Patienten im Stadium IIB - IIIC	Zähler	Nenner	Fälle des Nenners mit Radiochemotherapie SCLC-Patienten im Stadium IIB(T3) - IIIC (TNM: cT1/2 N2-3 M0, cT3/4 N0-3 M0) mit ECOG 0/1	≥ 30 %

<sup>1</sup>Qualitätsindikator in der S3-Leitlinie; <sup>2</sup>Kennzahl aus dem Datenerhebungsbogen für Organzentren (OnkoZert)

Die nachfolgende Grafik weist die Erfüllung Qualitätsindikatoren der Lungenkarzinome Ihrer Einrichtung im Vergleich zu Sachsen aus. Der grau schattierte Bereich fungiert als Referenzbereich und spiegelt die Qualitätsziele der S3-Leitlinie wider, sofern diese seitens der Leitlinie spezifisch definiert wurden. Andernfalls gilt die Minimalanforderung der Plausibilität von OnkoZert. Unterhalb der Balken sind die absoluten Fallzahlen Ihrer Einrichtung für die jeweiligen Jahre (a) als Zähler sowie die zu erwartenden Werte (e) als Nenner dargestellt.

Cave: Eine Besonderheit in der Klassifikation von Lungenkarzinomen stellt die Unterteilung des UICC-Stadiums IIIA in vier Untergruppen nach Robinsin dar. Aufgrund noch keiner flächendeckenden Meldung des ipsilateralen, mediastinalen Lymphknotenbefalls nach Robinsin wird in der Berechnung der entsprechenden Qualitätsindikatoren, bei fehlender Angabe, auf das gesamte UICC-Stadium IIIA zurückgegriffen.



**Abbildung 18:** Erfüllung der Qualitätsindikatoren Lungenkarzinom, 2019–2023

### 3.8 Inhaltliche Vollständigkeit spezifischer Items des onkologischen Basisdatensatzes – Lungenkarzinom

Die folgende Abbildung weist die Vollständigkeit der Meldungen spezifischer Items für Lungenkarzinome Ihrer Einrichtung und in Sachsen aus. Die Zuordnung zum Jahr und der Einrichtung sowie die grafische Darstellung 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 19:** Inhaltliche Vollständigkeit spezifischer Items des onkologischen Basisdatensatzes für das ‚Lungenkarzinom‘ in Sachsen und in Ihrer Einrichtung, 2019–2023

## **Impressum**

Jährliche Rückmeldeberichte für Leistungserbringer

### **Bearbeitung und Redaktion**

Hans Fabian, Dr. rer. nat. Sabine Klagges, Dr. Sabine Lang, Alexander Mehnert, Maria Andrea Neubert, Antje Niedostatek, Gaby Schmieder, Birgit Schubotz, Katharina Thielemann, Dr. med. Solveig Unger, Jörg Wulff

### **Herausgeber**

Krebsregister Sachsen gGmbH  
Schützenhöhe 20  
01099 Dresden

+49 351 42640360  
geschaeftsstelle(at)krebsregister-sachsen.de  
krebsregister-sachsen.de

### **Gesetzlicher Vertreter**

Geschäftsführer Titus Reime

### **Zuständige Aufsichtsbehörde**

Sächsische Datenschutz- und Transparenzbeauftragte  
Devrientstraße 5  
01067 Dresden

### **Registergericht**

Amtsgericht Dresden  
HRB 43937

### **Datenstand**

13.12.2024

### **Gleichstellung von Mann und Frau**

Wir sind bemüht, so weit wie möglich Formulierungen in männlicher und weiblicher Form für die Texte im Rückmeldebericht zu verwenden. Wo uns dies nicht gelingt, haben wir zur besseren und schnelleren Lesbarkeit des Textes die männliche Form verwendet. Selbstverständlich gilt in allen Fällen jeweils die weibliche und männliche Form. Wir bitten hierfür um Ihr Verständnis.