

Rückmeldebericht aus dem Krebsregister

Krankenhaus-Rückmeldebericht

Dr. rer. nat. Andreas Lehmann (KKRBB)

Vortrag
Veranstaltung der ADT
„Onkologie im Dialog“

Berlin
11.12.2019

Absicht / Zielsetzung

- Vorstellung des Rückmeldeberichts für Krankenhäuser / Kliniken
- **Dialog mit IHNEN**

Welche Themen / Fragestellungen umfasst für SIE ein „interessanter“ Rückmeldebericht?

Was wünschen SIE sich?
Was können wir abbilden?

Sehr geehrte Teilnehmer der Veranstaltung „Onkologie im Dialog“,
in Vorbereitung des Dialoges und im Rahmen der Rückmeldebericht-Entwicklung würden wir Sie bitten, sich nachfolgende Fragen im Vorfeld der Veranstaltung zu bedenken.

[Unsere Fragen an Sie](#)

(1) Machen Sie sich bitte Gedanken bezüglich:

- a. Was erwarten Sie von einem nachhaltigem für Sie, Ihr Haus / ihre Praxis interessantem Rückmeldebericht?
- b. Welche Themen, Fragen würden Sie sich wünschen, in diesem Bericht aufgezeigt und analysiert zu bekommen?

(9) Der Meldeanlass für nuklearmedizinische Leistungen ist unter Bestrahlung subsummiert. Möchten Sie für radioonkologische und nuklearmedizinische Leistungen getrennte Datenauswertungen? zurückgemeldet werden, z.B.

(10) Welche zusätzlichen Informationen oder Auswertungen über den gesetzlichen Rahmen (65c SGB V) hinaus, wären für Sie von Interesse? Auswertungen auf Patientenebene,

(11) Gibt es in Ihrem Haus / Ihrer Institution, Ihrer Praxis Besonderheiten, die wir bei der Auswertung berücksichtigen sollen und wenn ja, in welcher Form und welchem Umfang? Zum Beispiel Kooperationen mit Zentren. en? Für welche Aspekte der gilt?

Über Rückmeldungen im Rahmen der Veranstaltung „Onkologie im Dialog“ bezüglich dieser und weiterer Fragen bzw. Wünsche und Anmerkungen, die Sie bezüglich der Rückmeldeberichte haben, wären wir Ihnen sehr verbunden und dankbar.

Podiumsdiskussion

Meldebögen

Diagnose-Meldebögen

Krankenkasse / Versicherungsname <input type="text"/> Vertrags-Nr. (nur bei Privatversicherung angeben) <input type="text"/> Name, Vorname des Patienten <input type="text"/> geb. am <input type="text"/>		Klinisches Krebsregister Brandenburg ■ Berlin  Information an das Klinische Krebsregister: <input type="checkbox"/> nein diagnostisch tätig ohne unmittelbaren Patientenkontakt																
Anschrift des Patienten <input type="text"/> Kennen-Nr. <input type="text"/> Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr. <input type="text"/> Status: <input type="text"/> Betriebsstätten-Nr.: <input type="text"/> Lebenslange Arzt- (Zahnarzt-): <input type="text"/> Datum: <input type="text"/>																		
Titel <input type="text"/> Namenszusatz <input type="text"/> Geburtsname <input type="text"/> Frühere Namen <input type="text"/> Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> sonst./intersexuell <input type="checkbox"/> unbek. <input type="checkbox"/>		Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend): Meldenstelle: <input type="text"/> Krankenhaus oder MVZ: <input type="text"/> Fachabteilung oder Praxis: <input type="text"/> PLZ/Ort <input type="text"/> Straße Haus-Nr. <input type="text"/> Vor- u. Nachname <input type="text"/> Zahnarzt-Nr. <input type="text"/> Lebenslange Arzt-Nr. <input type="text"/> Zahnarzt-Nr. <input type="text"/> Betriebsstätten-Nr. <input type="text"/> Bei KH IK-Nr. <input type="text"/>																
Bei privater Krankenversicherung beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beihilfenummer: <input type="text"/>																		
Bankdaten: <input type="checkbox"/> liegen dem Krebsregister mit Einverständniserklärung vor Falls noch nicht bekannt oder geändert, bitte separaten Erstmeldebogen nutzen.																		
Diagnosemeldebogen für Ärzte ohne Patientenkontakt (Pathologen und Laborärzte)																		
Datum der klinischen Diagnose: <input type="text"/> Tumordiagnose (ICD-10) ICD-10-Version, <small>nur eingetrag. falls nicht aktuelle Version des 10. Jahres</small> <input type="text"/> Tumorklassifikation (ICD-O): C: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> Mittellinie <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <input type="checkbox"/> unbek.		Tumordiagnose (Freitext): <input type="text"/> Tumorklassifikation (Freitext): <input type="text"/>																
ICD-O-Version <small>nur eingetrag. falls nicht aktuelle Version des 10. Jahres</small> <input type="text"/> Morphologie (M-Code): <input type="text"/> Histopathologisches Grading: <input type="checkbox"/> gut differenziert G1 <input type="checkbox"/> low grade (G1 oder G2) <input type="checkbox"/> mäßig differenziert G2 <input type="checkbox"/> intermediäre (G2 oder G3) <input type="checkbox"/> schlecht differenziert G3 <input type="checkbox"/> high grade (G3 oder G4) <input type="checkbox"/> undifferenziert G4 <input type="checkbox"/> G0 (inkl. Met. Korpuskulae) <input type="checkbox"/> nicht bestimmbar GX <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		Histologischer / zytologischer Befund (Freitext): <input type="text"/>																
Histologie-Einsendenummer: Einsender: <input type="text"/> Name, Vorname <input type="text"/> Einrichtung <input type="text"/>		Tumorklassifikation Datum: <input type="text"/> TNM (7. Auflage), falls abweichend bitte angeben: <table border="1"> <tr> <td>a</td> <td>cTUP</td> <td>T-Klass.</td> <td>(m)</td> <td>cN</td> <td>N-Klass.</td> <td>cM</td> <td>M-Klass.</td> </tr> <tr> <td>L</td> <td>V</td> <td>Pn</td> <td>S</td> <td colspan="4">UICC-Stadium:</td> </tr> </table> Ann Arbor: <input type="text"/> Andere Klassifikation: <input type="text"/> Name: <input type="text"/> Stadium: <input type="text"/> Fernmetastasen Bitte nur auflisten, bei histologischer Sicherung aus einer Metastase. <input type="text"/>	a	cTUP	T-Klass.	(m)	cN	N-Klass.	cM	M-Klass.	L	V	Pn	S	UICC-Stadium:			
a	cTUP	T-Klass.	(m)	cN	N-Klass.	cM	M-Klass.											
L	V	Pn	S	UICC-Stadium:														

Krankenkasse / Versicherungsname <input type="text"/> Vertrags-Nr. (nur bei Privatversicherung angeben) <input type="text"/> Name, Vorname des Patienten <input type="text"/> geb. am <input type="text"/>		Klinisches Krebsregister Brandenburg ■ Berlin  Information an das Klinische Krebsregister: <input type="checkbox"/> Patient wurde informiert und hat nicht widersprochen <input type="checkbox"/> Patient wurde nicht informiert wg. möglicher gesundheitlicher Nachteile <input type="checkbox"/> Patient verstorben Bei Widerspruch nicht dieses, sondern Widerspruchsboogen verwenden.																
Anschrift des Patienten <input type="text"/> Kennen-Nr. <input type="text"/> Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr. <input type="text"/> Status: <input type="text"/> Betriebsstätten-Nr.: <input type="text"/> Lebenslange Arzt- (Zahnarzt-): <input type="text"/> Datum: <input type="text"/>																		
Titel <input type="text"/> Namenszusatz <input type="text"/> Geburtsname <input type="text"/> Frühere Namen <input type="text"/> Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> sonst./intersexuell <input type="checkbox"/> unbek. <input type="checkbox"/>		Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend): Meldenstelle: <input type="text"/> Krankenhaus oder MVZ: <input type="text"/> Fachabteilung oder Praxis: <input type="text"/> PLZ/Ort <input type="text"/> Straße Haus-Nr. <input type="text"/> Vor- u. Nachname <input type="text"/> Zahnarzt-Nr. <input type="text"/> Lebenslange Arzt-Nr. <input type="text"/> Zahnarzt-Nr. <input type="text"/> Betriebsstätten-Nr. <input type="text"/> Bei KH IK-Nr. <input type="text"/>																
Bei privater Krankenversicherung beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beihilfenummer: <input type="text"/>																		
Bankdaten: <input type="checkbox"/> liegen dem Krebsregister mit Einverständniserklärung vor Falls noch nicht bekannt oder geändert, bitte separaten Erstmeldebogen nutzen.																		
Diagnosemeldebogen																		
Datum der klinischen Diagnose: <input type="text"/> Tumordiagnose (ICD-10) ICD-10-Version, <small>nur eingetrag. falls nicht aktuelle Version des 10. Jahres</small> <input type="text"/> Tumorklassifikation (ICD-O): C: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> Mittellinie <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <input type="checkbox"/> unbek.		Tumordiagnose (Freitext): <input type="text"/> Tumorklassifikation (Freitext): <input type="text"/>																
ICD-O-Version <small>nur eingetrag. falls nicht aktuelle Version des 10. Jahres</small> <input type="text"/> Morphologie (M-Code): <input type="text"/> Histopathologisches Grading: <input type="checkbox"/> gut differenziert G1 <input type="checkbox"/> low grade (G1 oder G2) <input type="checkbox"/> mäßig differenziert G2 <input type="checkbox"/> intermediäre (G2 oder G3) <input type="checkbox"/> schlecht differenziert G3 <input type="checkbox"/> high grade (G3 oder G4) <input type="checkbox"/> undifferenziert G4 <input type="checkbox"/> G0 (inkl. Met. Korpuskulae) <input type="checkbox"/> nicht bestimmbar GX <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		Histologischer / zytologischer Befund (Freitext): <input type="text"/>																
Histologie-Einsendenummer: Einsender: <input type="text"/> Name, Vorname <input type="text"/> Einrichtung <input type="text"/>		Tumorklassifikation Datum: <input type="text"/> TNM (7. Auflage), falls abweichend bitte angeben: <table border="1"> <tr> <td>a</td> <td>cTUP</td> <td>T-Klass.</td> <td>(m)</td> <td>cN</td> <td>N-Klass.</td> <td>cM</td> <td>M-Klass.</td> </tr> <tr> <td>L</td> <td>V</td> <td>Pn</td> <td>S</td> <td colspan="4">UICC-Stadium:</td> </tr> </table> Ann Arbor: <input type="text"/> Andere Klassifikation: <input type="text"/> Name: <input type="text"/> Stadium: <input type="text"/> Fernmetastasen Bitte Datum (Monat/Jahr) der skelettschenden Sicherung angeben, falls <input type="text"/>	a	cTUP	T-Klass.	(m)	cN	N-Klass.	cM	M-Klass.	L	V	Pn	S	UICC-Stadium:			
a	cTUP	T-Klass.	(m)	cN	N-Klass.	cM	M-Klass.											
L	V	Pn	S	UICC-Stadium:														

Einleitung

Meldebögen

Therapie-Meldebögen

Klinisches Krebsregister Brandenburg ■ Berlin

Krankenkasse / Versicherungsname: _____ Vertrags-Nr. (nur bei Privatversicherung angeben): _____

Name, Vorname des Patienten: _____ geb. am: _____

Anschrift des Patienten: _____

Kassen-Nr.: _____ Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr.: _____ Status: _____

Berufsstellen-Nr.: _____ Lebenslange Arzt- / Zahnarzt-Nr.: _____ Datum: _____

Mediellstelle: _____

Krankenhaus oder MVZ: _____

Fachabteilung oder Praxis: _____

PLZ/Ort: _____

Strasse Haus-Nr.: _____

Vor- u. Nachname: _____

Lebenslange Arzt-Nr.: _____ Zahnarzt-Nr.: _____

Berufsstellen-Nr.: _____ Bei KH/IK-Nr.: _____

Bankdaten: liegen dem Krebsregister mit Einverständniserklärung vor. Falls noch nicht bekannt oder geändert, bitte separaten Erstmeldebogen nutzen.

Mediellstelle: _____ Beihilfenummer: _____

Information an das Klinische Krebsregister:

Patient wurde informiert und hat nicht widersprochen
 Patient wurde nicht informiert wg. möglicher gesundheitlicher Nachteile
 Patient verstorben

Bei Widerspruch nicht diesen, sondern Widerspruchsbogen verwenden.

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):

Klinisches Krebsregister Brandenburg ■ Berlin

Krankenkasse / Versicherungsname: _____ Vertrags-Nr. (nur bei Privatversicherung angeben): _____

Name, Vorname des Patienten: _____ geb. am: _____

Anschrift des Patienten: _____

Kassen-Nr.: _____ Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr.: _____ Status: _____

Berufsstellen-Nr.: _____ Lebenslange Arzt- / Zahnarzt-Nr.: _____ Datum: _____

Mediellstelle: _____

Krankenhaus oder MVZ: _____

Fachabteilung oder Praxis: _____

PLZ/Ort: _____

Strasse Haus-Nr.: _____

Vor- u. Nachname: _____

Lebenslange Arzt-Nr.: _____ Zahnarzt-Nr.: _____

Berufsstellen-Nr.: _____ Bei KH/IK-Nr.: _____

Bankdaten: liegen dem Krebsregister mit Einverständniserklärung vor. Falls noch nicht bekannt oder geändert, bitte separaten Erstmeldebogen nutzen.

Mediellstelle: _____ Beihilfenummer: _____

Information an das Klinische Krebsregister:

Patient wurde informiert und hat nicht widersprochen
 Patient wurde nicht informiert wg. möglicher gesundheitlicher Nachteile
 Patient verstorben

Bei Widerspruch nicht diesen, sondern Widerspruchsbogen verwenden.

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):

Klinisches Krebsregister Brandenburg ■ Berlin

Krankenkasse / Versicherungsname: _____ Vertrags-Nr. (nur bei Privatversicherung angeben): _____

Name, Vorname des Patienten: _____ geb. am: _____

Anschrift des Patienten: _____

Kassen-Nr.: _____ Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr.: _____ Status: _____

Berufsstellen-Nr.: _____ Lebenslange Arzt- / Zahnarzt-Nr.: _____ Datum: _____

Mediellstelle: _____

Krankenhaus oder MVZ: _____

Fachabteilung oder Praxis: _____

PLZ/Ort: _____

Strasse Haus-Nr.: _____

Vor- u. Nachname: _____

Lebenslange Arzt-Nr.: _____ Zahnarzt-Nr.: _____

Berufsstellen-Nr.: _____ Bei KH/IK-Nr.: _____

Bankdaten: liegen dem Krebsregister mit Einverständniserklärung vor. Falls noch nicht bekannt oder geändert, bitte separaten Erstmeldebogen nutzen.

Mediellstelle: _____ Beihilfenummer: _____

Information an das Klinische Krebsregister:

Patient wurde informiert und hat nicht widersprochen
 Patient wurde nicht informiert wg. möglicher gesundheitlicher Nachteile
 Patient verstorben

Bei Widerspruch nicht diesen, sondern Widerspruchsbogen verwenden.

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):

Therapiemeldung – Strahlentherapie

Erkrankung, auf die sich die Therapie bezieht: _____

Diagnosedatum (monatstagenau): _____ Monat _____ Jahr _____

Tumordiagnose (ICD-10): _____

Freitext: _____

Tumorklassifikation (ICD-O): C _____

Freitext: _____

Morphologie: M _____ / _____

Histopathologisches Grading: G _____

Histologie-Einsendenummer: _____

Tumorkonferenz Datum: _____

Typ: prätherapeutisch postoperativ posttherapeutisch

Intention: kurativ palliativ sonstiges

Stellung zu operativer Therapie: ohne Bezug adjuvant neoadjuvant intraoperativ sonstiges

Art der Therapie (Mehrfachauswahl möglich – Zahl bitte unten eintragen)

① perkutane Bestrahlung (ohne Radiochemotherapie / Sensitizer)

② perkutane Bestrahlung mit Radiochemotherapie / Sensitizer Substanz(en) - von - bis: _____

③ Brachytherapie interstitiell endokavitär HDR LDR PDR

④ Metabolische Therapie SIRT PRRT

Angaben zur durchgeführten Therapie (Ausfüllhinweise siehe Rückseite – bei der Dosis bitte Einheit angeben)

Art Zielgebiet LA Seite Einzeldosis Gesamtdosis Beginn Ende

Therapiemeldung – Strahlentherapie

Therapiemeldung – Operation

Erkrankung, auf die sich die Therapie bezieht: _____

Diagnosedatum (monatstagenau): _____ Monat _____ Jahr _____

Tumordiagnose (ICD-10): _____

Freitext: _____

Tumorklassifikation (ICD-O): C _____

Freitext: _____

Morphologie: M _____ / _____

Histopathologisches Grading: G _____

Histologie-Einsendenummer: _____

Höchste erreichte Diagnosesicherung (nur 1 Feld wählen):

Histologie (Primärtumor) spezifischer Tumormarker

Histologie Metastase klinisch, spezifisch-ohne Histologie

Zytologie klinisch, nur Körper Untersuchung

Postoperative Tumorklassifikation Datum: _____

TNM (7. Auflage), falls abweichend bitte angeben:

y^p c^lu^p T-Klass. (m) c^lu^p N-Klass. c^lu^p M-Klass.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

OP-Intention (f)

kurativ palliativ diagnostisch Revision/Komplikation

1 Datum Bezeichnung OPS

Komplikationen: unbek. nein ja, bitte angeben welcher

Freitext oder Schlüssel (Schlüssel s. Rückseite) Schlüssel _____

Untersuchte / befallene Lymphknoten _____

Untersuchte / befallene SN-Lymphknoten _____

Residualstatus (R-Status):

Lokaler R-Status: R0 R1 R1 (si) R1 (sp+) R2 R3

OP-Intention: R0 R1 R1 (si) R1 (sp+) R2 R3

Gesamter R-Status: R0 R1 R1 (si) R1 (sp+) R2 R3

Therapiebeurteilung (Ausprägungen s. Rückseite)

Gesamtbewertung: _____ Lymphknoten (regional): _____

Primärfunktor: _____ Fernmetastasen: _____

Körperlicher Leistungszustand: nach ECOG/WHO (Schlüssel oder (numerisch):

0 (95-100%) 1 (60-80%) 2 (40-60%)

Therapiemeldung – Operation

Therapiemeldung – systemische oder abwartende Therapie

Erkrankung, auf die sich die Therapie bezieht: _____

Diagnosedatum (monatstagenau): _____ Monat _____ Jahr _____

Tumordiagnose (ICD-10): _____

Freitext: _____

Tumorklassifikation (ICD-O): C _____

Freitext: _____

Morphologie: M _____ / _____

Histopathologisches Grading: G _____

Histologie-Einsendenummer: _____

Tumorklassifikation Datum: _____

TNM (7. Auflage), falls abweichend bitte angeben:

y^p c^lu^p T-Klass. (m) c^lu^p N-Klass. c^lu^p M-Klass.

L V Pn S UICC-Stadium: _____

Ann Arbor

Andere Klassifikation: _____

Fernmetastasen (in zeitlicher Zusammenhang mit der Therapie)

Leber Lunge Knochen Pleura Hirn Peritoneum

Intention: kurativ palliativ sonstiges

Stellung zu operativer Therapie: ohne Bezug zu einer operativen Therapie adjuvant neoadjuvant intraoperativ sonstiges

Art der Therapie (Mehrfachauswahl bei systemischer Therapie möglich)

Chemotherapie Immun- und Antikörpertherapie

Hormontherapie zielgerichtete Substanzen

Sonstiges Knochenmarktransplantation

Active Surveillance Watch and see

Protokollbezeichnung von bis _____

Präparate (falls weitere, bitte unter Anmerkungen eintragen) für abweichende Zahlen: _____

Nebenwirkungen: keine oder nur bis Grad 2 Grad 3 oder höher Grad _____

Art der NW nach CTC, Grad 3 oder höher Auflage: _____ Grad _____

Grund für Ende der Therapie:

reguläres Ende reguläres Ende mit Dosisreduktion

Abbruch aus Nebenwirkungen Abbruch aus anderen Gründen

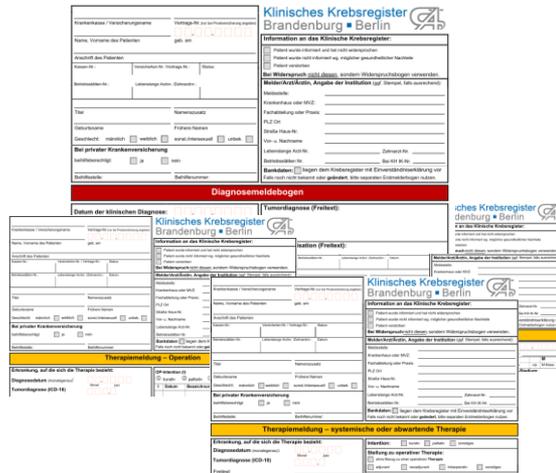
Therapiemeldung – systemische oder abwartende Therapie

Strahlentherapie

Operation

Systemtherapie

Tumordokumentation

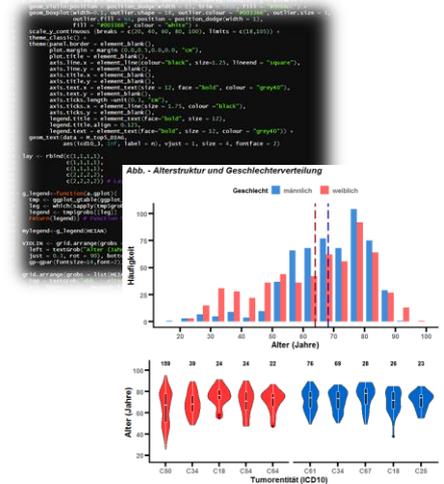


.xml

Datenmanagement (u. a. Datenaufbereitung)



Datenauswertung



u. a. Rückmeldebericht

- nutzerorientiert
- adressatenspezifisch
- „interessant“



dynamischer Prozess

Vorüberlegungen des Rückmeldeberichts für Krankenhäuser / Kliniken

Datengruppen

- **Daten** zum **Leistungserbringer** (Art, Größe, Fachabteilungen...)
- **Daten** zum **Patienten** (Alter, Geschlecht...)
- **Daten** zum **Tumor** und seiner **Behandlung** gemäß ADT/GEKID-Basisdatensatz (ICD-10, Histologie, Tumorstadium...)
- **Daten** zum **Verlauf** der **Erkrankung** und zur weiteren **Behandlung** (Lokalrezidiv, Fernmetastasen...)

- **Struktur / Größe des Krankenhauses / Klinik**
- **Fachabteilungen**
- **Tumorentitäten**
- **Fallzahlen**

Gliederung des Rückmeldeberichts für Krankenhäuser / Kliniken

- a) **Anzahl der gemeldeten Behandlungen nach Meldeanlass**
- b) **Patientenzusammensetzung und Tumoreigenschaften**
- c) **Tumorthherapie**
 1. Tumorspezifische Operation
 2. Tumorspezifische Strahlentherapie
 3. Tumorspezifische systemische Therapie
- d) **Qualität und Vollständigkeit**
- e) **Sonstiges** (Überlebenszeitanalysen, leitlinienbasierte Qualitätsindikatoren)
- f) **Glossar**

Anzahl der gemeldeten Behandlungen

- Übersicht der Meldungen / Fälle
 - Diagnose
 - Therapie

a) Anzahl der gemeldeten Behandlungen

Übersicht der Meldungen



Tabelle A - Übersicht der Meldungen und Fälle der *Berichtseinrichtung* im Berichtsjahr **XYZ** (zusätzlich der Anteil der Meldungen / Fälle an der Gesamtanzahl an Meldungen / Fällen für das Land *Brandenburg / Berlin*)

Meldeanlass	Anzahl der Meldungen			Anzahl der Fälle		
	Einrichtung	Berlin	Brandenburg	Einrichtung	Berlin	Brandenburg
Diagnose einer Tumorerkrankung	1002 (20%)	5010	5010	501 (20%)	2505	2505
Beginn oder Abschluss einer therapeutischen Maßnahme	600 (10%)	6000	6000	300 (10%)	3000	3000
OP	200 (10%)	2000	2000	100 (10%)	1000	1000
Strahlentherapie	200 (10%)	2000	2000	100 (10%)	1000	1000
systemische Therapie	200 (10%)	2000	2000	100 (10%)	1000	1000
Chemotherapie	100 (10%)	1000	1000	50 (10%)	500	500
Immuntherapie	50 (10%)	500	500	25 (10%)	250	250
Hormontherapie	50 (10%)	500	500	25 (10%)	250	250
Gesamt	1602 (15%)	11010	11010	801 (15%)	5505	5505

weitere tabellarische Übersichten:

- Anzahl der Meldungen im **zeitlichen Verlauf**
- eine **abteilungsspezifische Aufteilung** der Anzahl der Meldungen

Patientenzusammensetzung und Tumoreigenschaften

- Übersicht der Tumorentitäten
- Altersstruktur und Geschlechterverteilung
- Herkunft der Fälle
- Histopathologisches Grading
- TNM-Klassifikation, UICC
- Primäre Metastasenlokalisierung

Übersicht Tumorentitäten



Tabelle A - Anzahl aller meldepflichtigen Tumorentitäten (alle ICD-10 mit Vorstufen), die im Zeitraum XYZ im XYZ diagnostiziert und / oder primär therapiert worden sind

Entität ICD10 (meldepflichtig)	Diagnose		Primärbehandlung		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
C00 Lippe	22	0,11%	25	0,13%	47	0,12%
C01 Zungengrund	95	0,50%	80	0,42%	175	0,46%
C02 Zunge	122	0,64%	145	0,76%	267	0,70%
C03 Zahnfleisch	53	0,28%	60	0,31%	113	0,29%
C04 Mundboden	74	0,39%	50	0,26%	124	0,32%
C05 Gaumen	47	0,25%	43	0,22%	90	0,23%
C06 Teile des Mundes o.n.A.	23	0,12%	10	0,05%	33	0,09%
C07 Parotis	57	0,30%	57	0,30%	114	0,30%
C08 Große Speicheldrüsen	5	0,03%	5	0,03%	10	0,03%
C09 Tonsille	174	0,91%	200	1,04%	374	0,98%
C10 Oropharynx	76	0,40%	65	0,34%	141	0,37%
C11 Nasopharynx	16	0,08%	18	0,09%	34	0,09%
C12 Recessus piriformis	50	0,26%	45	0,23%	95	0,25%
C13 Hypopharynx	87	0,45%	95	0,50%	182	0,47%
C14 Lippe, Mundhöhle und Pharynx o.n.A.	3	0,02%	3	0,02%	6	0,02%
C15 Ösophagus	221	1,15%	230	1,20%	451	1,18%

weitere tabellarische Übersichten:

- Anzahl der häufigsten und „interessantesten“ Tumorentitäten im **zeitlichen Verlauf**
- eine **abteilungsspezifische Aufteilung** der Tumorentitäten

B – Patientenzusammensetzung

Altersstruktur und Geschlechterverteilung

Altersstruktur und Geschlechterverteilung der Patienten bei **Erstdiagnose**

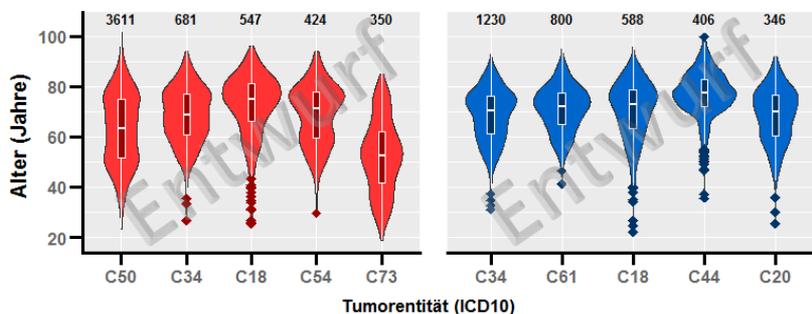
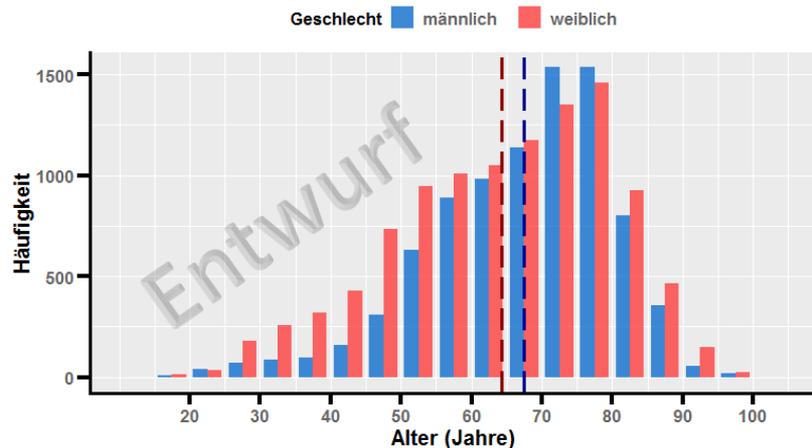


Tabelle B - Altersstruktur und Geschlechterverteilung der Patienten bei Erstdiagnose für alle sowie den 5 häufigsten meldepflichtigen Tumorentitäten

Alter (Jahre)	häufigsten meldepflichtigen Tumorentitäten						
	Gesamt	C50 Brustdrüse	C61 Prostata	C20 Rektum	C34 Bronchien und Lunge	C15 Ösophagus	C73 Schilddrüse
Gesamt	n	19236	3642	800	516	1911	468
	MW ± SD	65,7 ± 14,3	62,9 ± 14,4	71,1 ± 8,99	69,3 ± 11,6	68,6 ± 10,6	62,9 ± 14,4
	Median	68,0	63,3	72,1	71,0	69,7	53,8
	Min	18,5	23,3	41,3	25,4	26,8	18,5
	Max	101,0	101,0	94,7	95,7	94,1	86,8
Weiblich	n	10521	3611		170	681	350
	MW ± SD	64,3 ± 15,3	62,9 ± 14,4		70,2	68,4 ± 11,1	52,3 ± 14,6
	Median	66,4	63,3		71,0	68,7	52,5
	Min	18,5	23,3		27,8	26,8	18,5
	Max	101,0	101,0		95,7	94,1	84,7
Männlich	n	8715		800	346	1230	
	MW ± SD	67,4 ± 12,9		71,1 ± 8,99	68,5 ± 10,9	68,6 ± 10,3	
	Median	69,8		72,1	69,8	70,4	
	Min	18,5		41,3	25,4	31,0	
	Max	99,7		94,7	92,0	92,6	

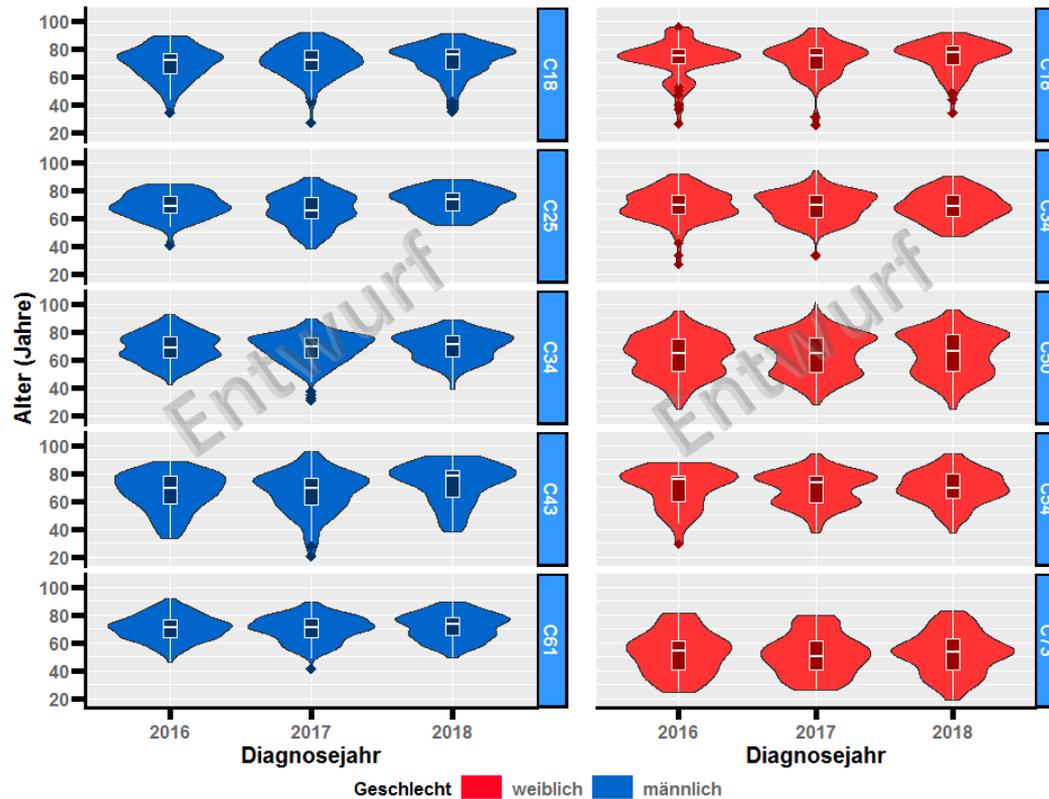
weitere Übersicht:

- eine abteilungsspezifische Aufteilung



Altersstruktur und Geschlechterverteilung

Zeitlicher Trend (basierend auf dem Diagnosejahr) der 5 häufigsten invasiven Tumorentitäten

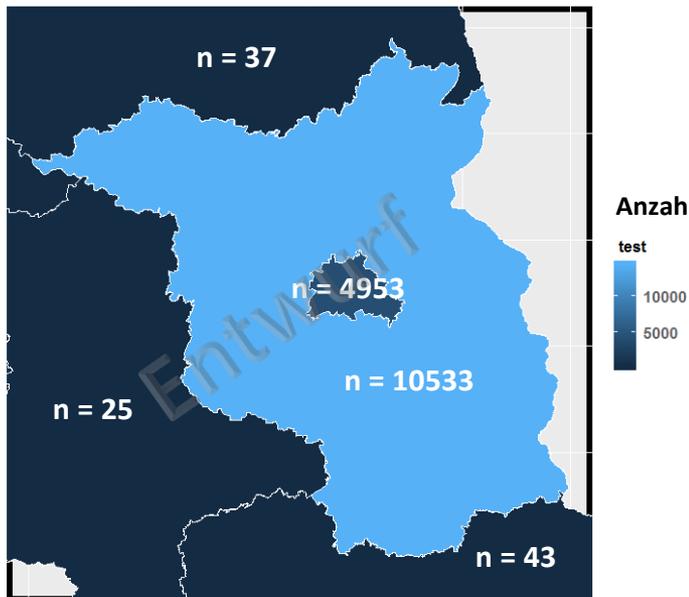


Herkunft der Fälle

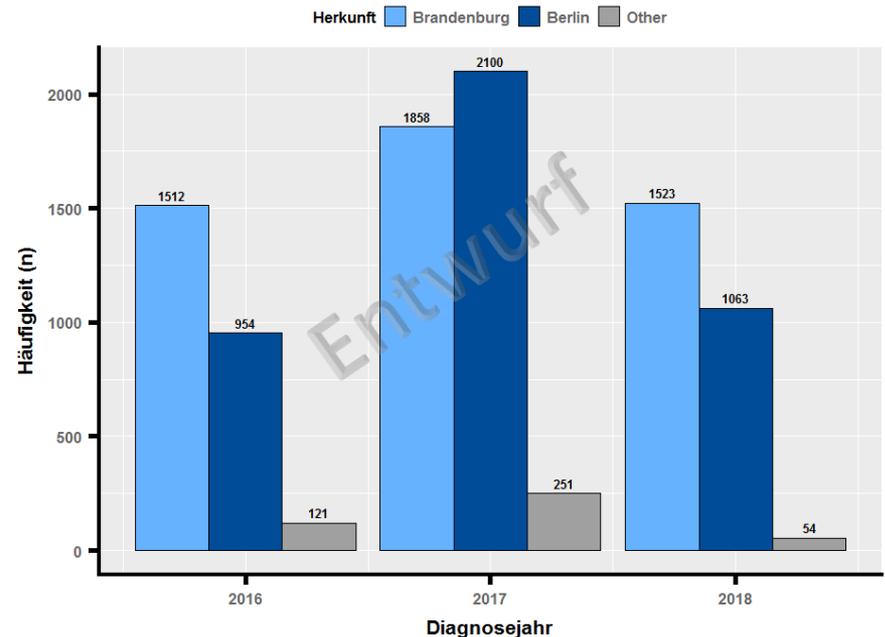
Herkunft der **Fälle** mit Diagnose oder Primärbehandlung in der Einrichtung **nach Wohnort** basierend auf Bundeslandebene



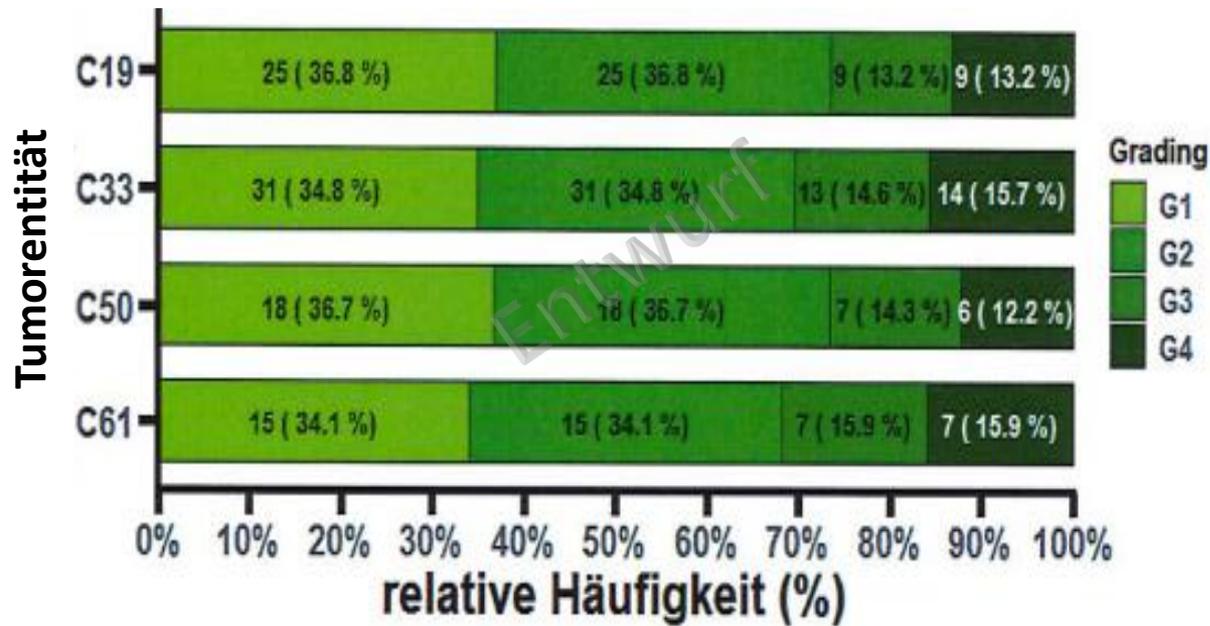
Herkunft der Fälle nach Wohnort
(Berichtsjahr XYZ)



Herkunft der Fälle nach Wohnort
(Berichtszeitraum XYZ)



Histopathologisches Grading



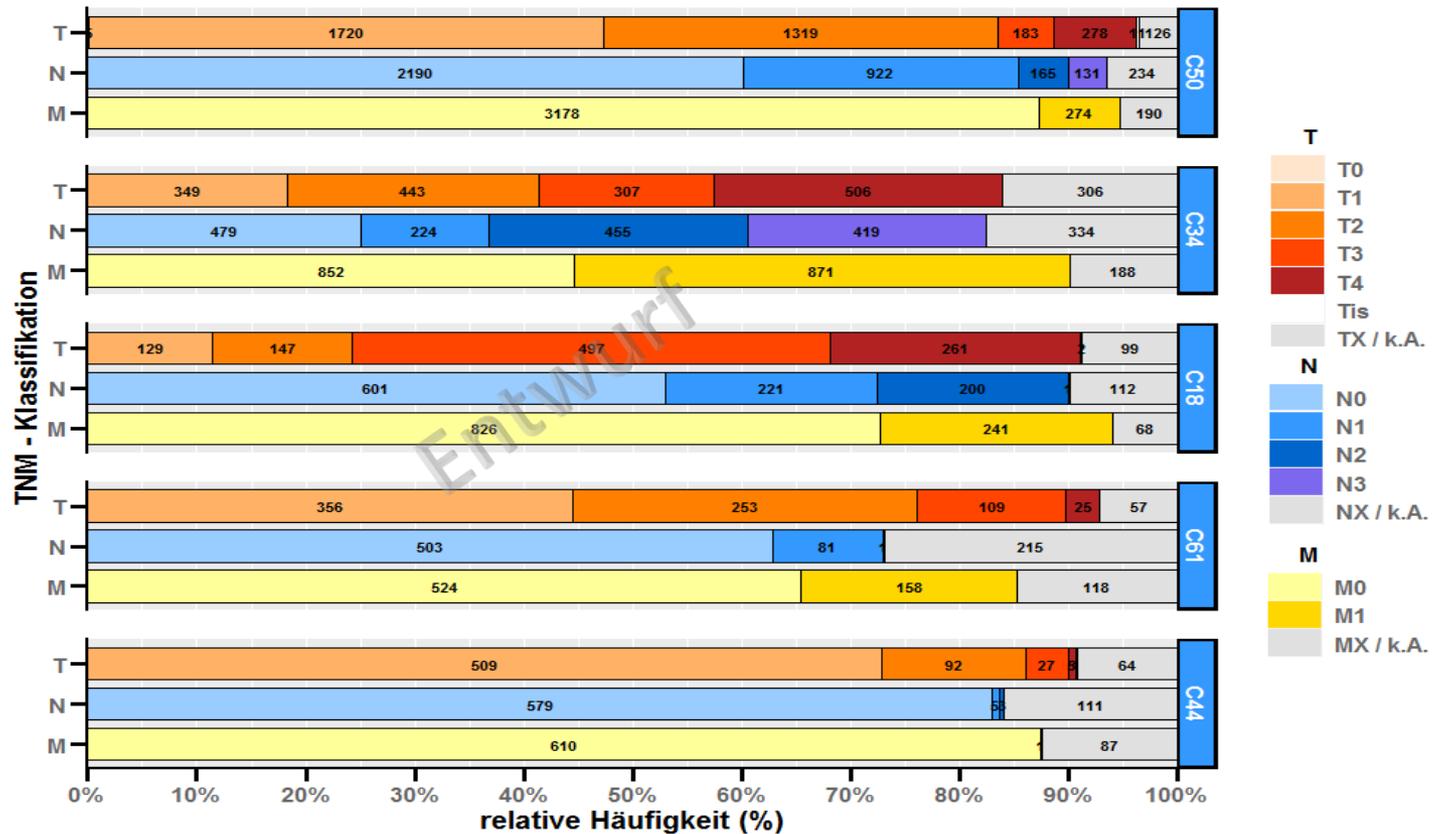
weitere Übersichten:

- eine abteilungsspezifische Aufteilung



B – Patientenzusammensetzung

TNM - Klassifikation



Tumorthherapie

- **Übersicht** (tabellarisch)
- **Flussdiagramm**
- **Tumorspezifische Operation**
- **Tumorspezifische Strahlentherapie**
- **Tumorspezifische systemische Therapie**

Tumorspezifische Operation

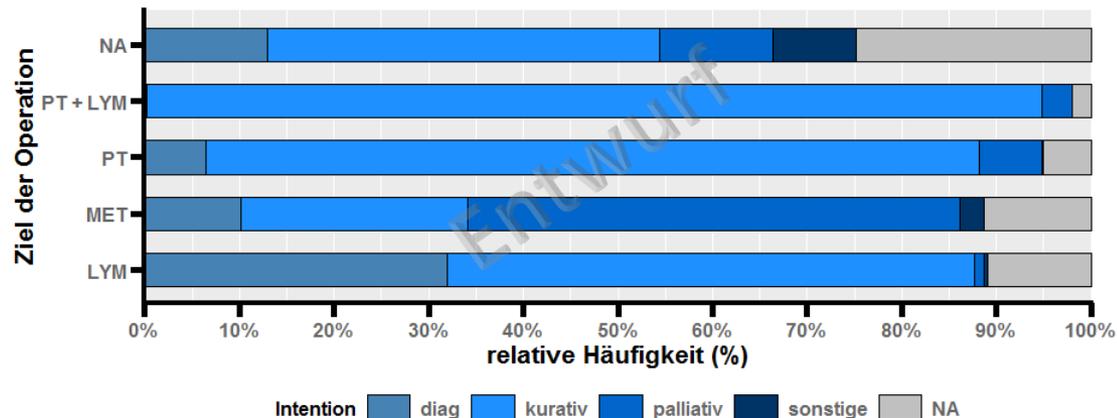
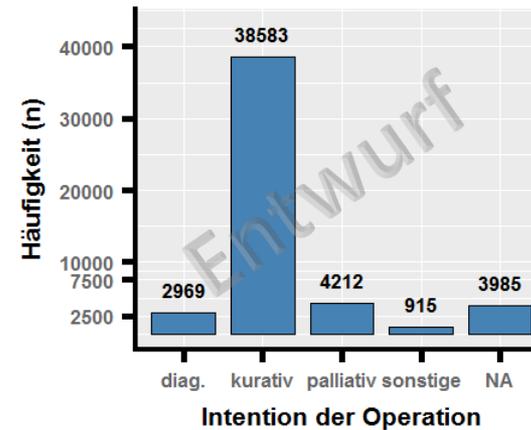
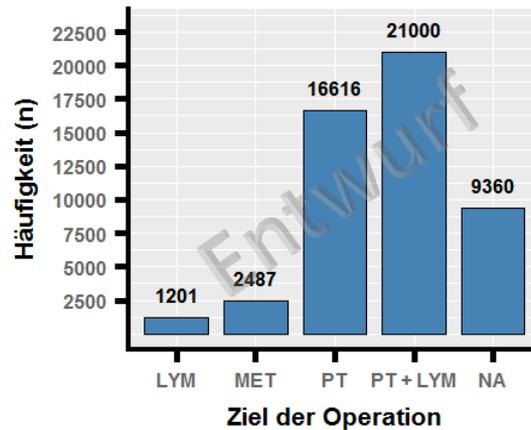
- **Überblick** (tabellarisch)
- **Ziel und Intention**
- **R-Klassifikation**
- **TNM-Klassifikation**



c) Operation

c) Operation

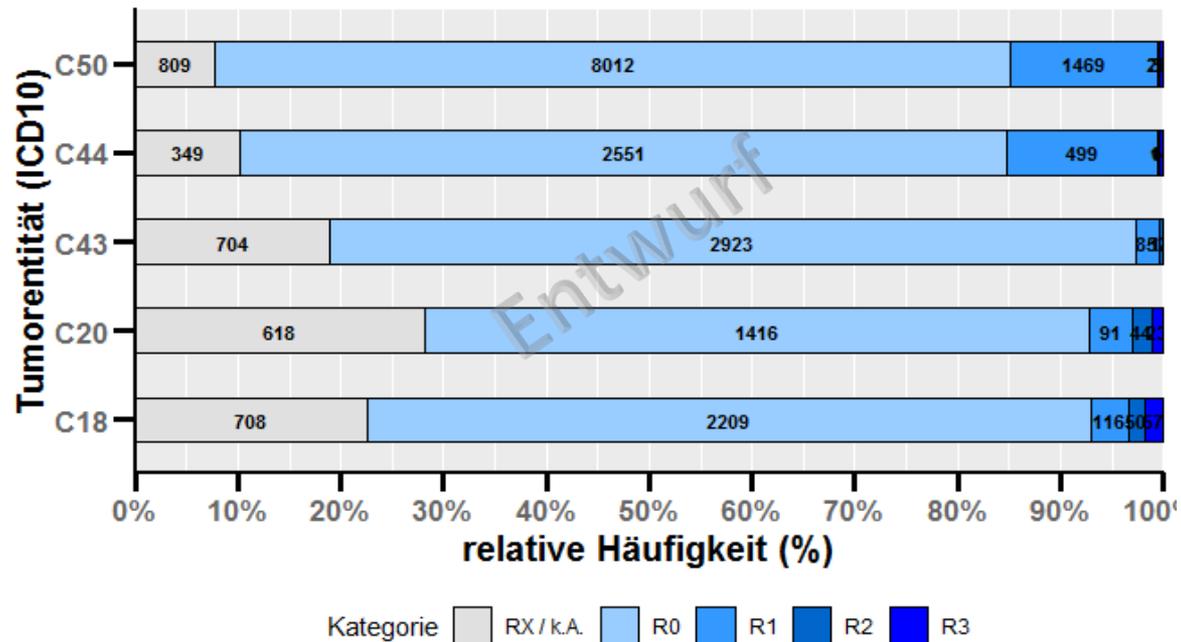
Ziel und Intention der Therapie





c) Operation

R-Klassifikation



weitere Übersichten:

- eine abteilungsspezifische Aufteilung

Tumorspezifische Strahlentherapie

Gliederung



- **Überblick** (tabellarisch)
- **Altersstruktur und Geschlechterverteilung**
- **Wohnort der Fälle**
- **Ziel und Intention der Therapie**
- **Stellung zur operativen Therapie**
- **Dauer und Beendigungsgrund der Therapie**



Rückmeldebericht an eine
**strahlentherapeutische
Einrichtung**

Tumorspezifische systemische Therapie

Gliederung



- **Überblick** (tabellarisch)
- **Altersstruktur und Geschlechterverteilung**
- **Wohnort der Fälle**
- **Ziel und Intention der Therapie**
- **Stellung zur operativen Therapie**
- **Dauer und Beendigungsgrund der Therapie**



Rückmeldebericht an eine
onkologische Praxis

Qualität und Vollständigkeit

- Vollständigkeit der Diagnosemeldungen der hämatologischen Tumore (Ann-Arbor-Klassifikation)
- **Vollständigkeit der Diagnosemeldungen solider invasiver Tumore**

solide invasive Tumore



Tabelle D - Übersicht zur Vollständigkeit der Meldungen invasiver Tumore

Typ	Merkmal	gesamt	
		n	%
Diagnose	TNM-Kategorie (klin. oder path.)	485	97,00
	T - Tumorausbreitung	480	96,00
	N - Lymphknotenbefall	370	74,00
	M - Fernmetastasierung	255	51,00
	Grading (klin. oder path.)	425	85,00
	Histologie vorhanden	450	90,00

	gesamt n	500	
Operation	TNM-Kategorie (path.)	675	96,43
	T - Tumorausbreitung	635	90,71
	N - Lymphknotenbefall	575	82,14
	M - Fernmetastasierung	550	78,57
	R-Status	590	84,29
	Lymphknoten OP	440	62,86
	Anzahl ja/nein	330	47,14

	gesamt n	700	
Strahlen- therapie	Anfang und Ende	485	97,00
	Angabe der Einzeldosis	480	96,00
	Angabe der Gesamtdosis	370	74,00
	Angabe zur Radiochemotherapie	255	51,00
	Angabe zu schwerwiegenden Nebenwirkungen	425	85,00
	Angabe zum Therapieabschluss	450	90,00

	gesamt n	500	
System- therapie	Anfang und Ende	675	96,43
	Protokolltyp	635	90,71
	Wirkstoff	575	82,14
	Angabe zu schwerwiegenden Nebenwirkungen	550	78,57
	Angabe zum Therapieabschluss	590	84,29

	gesamt n	700	

weitere Übersichten:

- im Zeitverlauf
- eine abteilungsspezifische Aufteilung

Sonstige

- Überlebenszeitanalysen
- Leitlinienbasierte Qualitätsindikatoren