

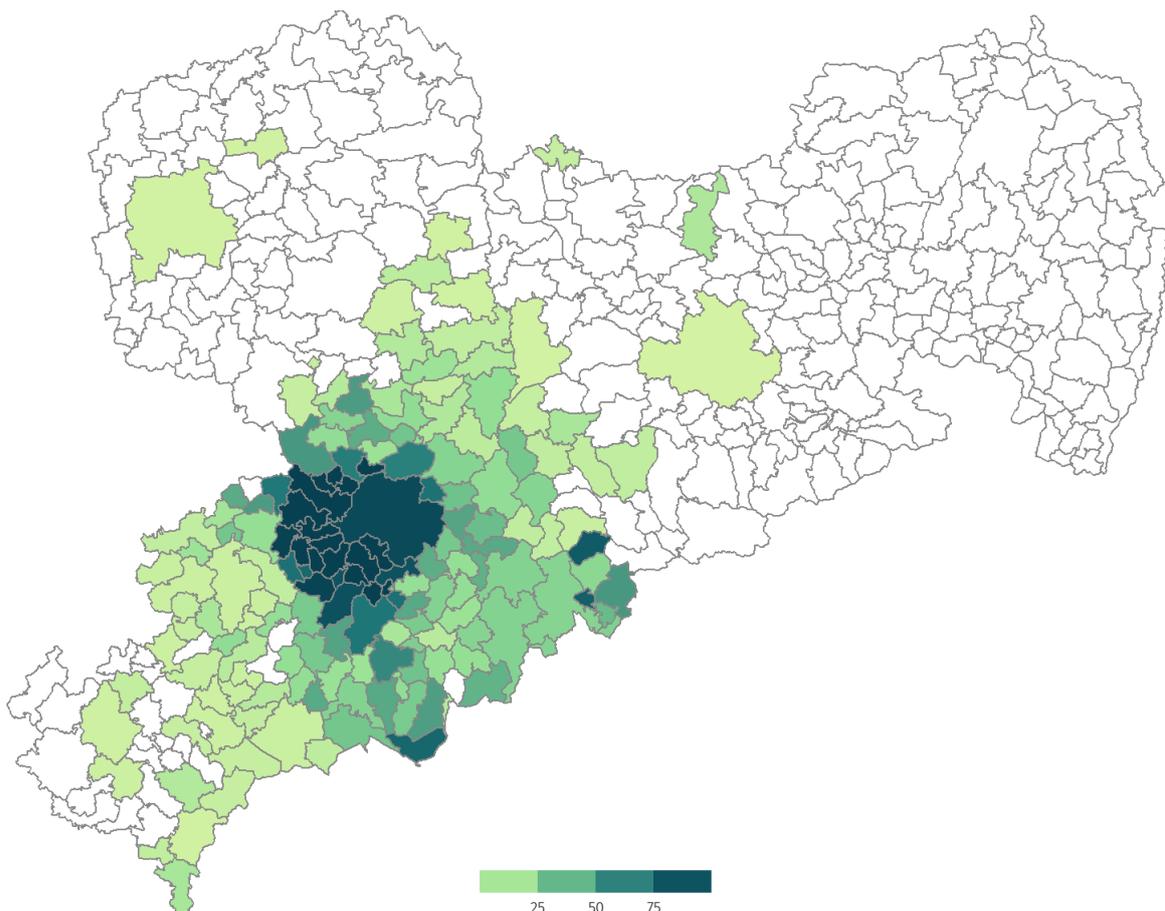
## Rückmeldung über erfasste klinische Tumordaten

DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein  
Frauenklinik  
Zeitraum: 01.01.2018–31.12.2022  
Erstellt: 11.12.2023

### Aktuelles

Der Rückmeldebericht 2023 wird erstmals auf Basis des im Frühjahr erfolgreich etablierten Zusammenschlusses der vier sächsischen Krebsregisterdatenbanken zu einer gesamtsächsischen Datenbank erstellt. Mit dem Zusammenschluss der Datenbank und der damit noch engeren Zusammenarbeit der Register hat sich ein neues junges Team für die Erstellung der Berichte gefunden. Es konnten bereits einige unserer Ideen in den aktuellen Bericht einfließen, andere werden wir in Zukunft noch realisieren. Genauere Informationen zu den Inhalten der

Kapitel und deren Berechnungsgrundlagen können Sie im Kapitel 'Hintergrund und Methodik' nachlesen. Besonders gespannt sind wir auf das Feedback aus Ihrer Einrichtung und werden in Zukunft gern Hinweise und Auswertungswünsche, soweit sie allgemeingültig umsetzbar sind, in unser Konzept aufnehmen. Für detaillierte Nachfragen und Einzelauswertungen stehen wir auf Anfrage zur Verfügung. Unsere Kontaktdaten finden Sie im Impressum.



**Abbildung 1:** Prozentualer Anteil von in Ihrer Abteilung behandelten Tumoren an allen Tumoren der jeweiligen Region. Dabei werden nur die folgenden Tumorentitäten (ICD-10) der Diagnosejahre 2018–2022 betrachtet: C50/D05, C51/D07.1, C53/D06, C54/D07, C56. Zusätzlich wurden im Betrachtungszeitraum in Ihrer Einrichtung weitere 99 Tumorpatient:innen mit Wohnort außerhalb Sachsens behandelt. Karte: © GeoBasis-DE/BKG 2022.

## 1 Auswertung Frauenklinik

### 2 Hintergrund und Methodik

Die Absicht dieses deskriptiven Berichtes ist es, Ihnen einen Rückblick über Ihre erbrachten und gemeldeten Leistungen Ihrer Einrichtung der letzten fünf Jahre in Bezug auf Tumorbehandlungen zu ermöglichen. Berücksichtigt werden alle nach dem Sächsischen Krebsregistergesetz (SächsKRegG) von Ihnen behandelten und gemeldeten Patient:innen mit einer meldepflichtigen Tumorerkrankung.

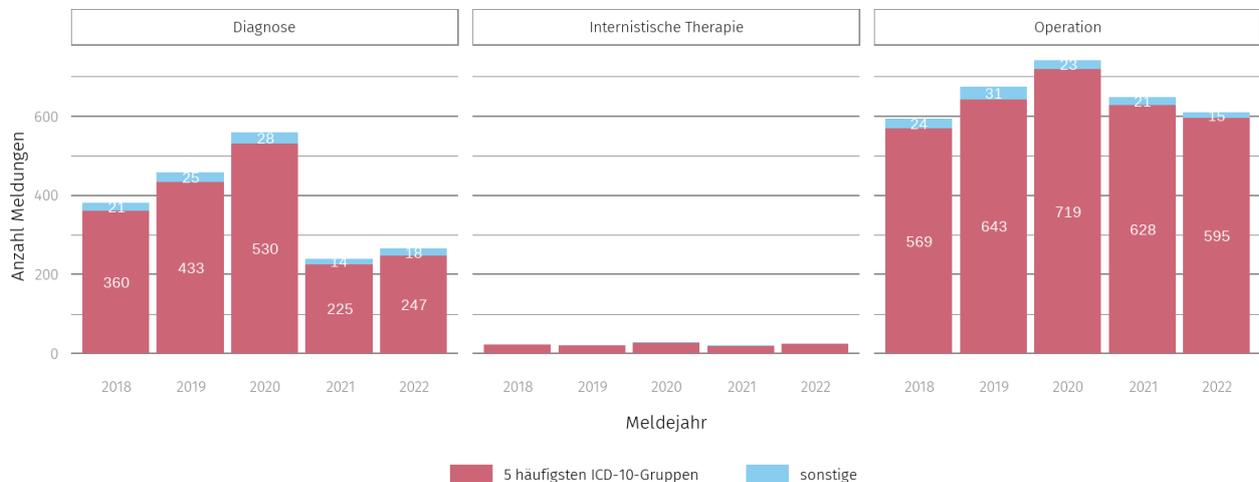
Inhaltlich präsentieren wir Ihnen neben allgemeinen Patient:innencharakteristika und Therapieleistungen auch die Erfüllung von entitätsspezifischen Qualitätsindikatoren. Die jeweiligen Diagnose- und Behandlungsjahre sind ausschlaggebend für die Zuordnung in den Betrachtungszeitraum. Diese werden je nach Inhalt des Kapitels individuell ausgewiesen.

Im Fokus der Analysen stehen die maximal fünf häufigsten Tumorentitäten, die in Ihrer Abteilung

behandelt wurden. Auf Ihre Abteilung bezogen betrifft dies die folgenden Entitäten (ICD-10): C50/D05, C54/D07, C53/D06, C56, C51/D07.1. Alle im Anschluss folgenden Analysen beziehen sich in Abhängigkeit von deren inhaltlichen 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 dann um den zusammengefassten Rest der von Ihnen gemeldeten/behandelten Entitäten.

Bei Vergleichen Ihrer Einrichtung mit dem Einzugsbereich wird dieser analog zu den ehemaligen Verwaltungsbezirken (Chemnitz, Dresden oder Leipzig) der um Ihre Einrichtung befindlichen Gemeinden definiert.

### 3 Meldungen

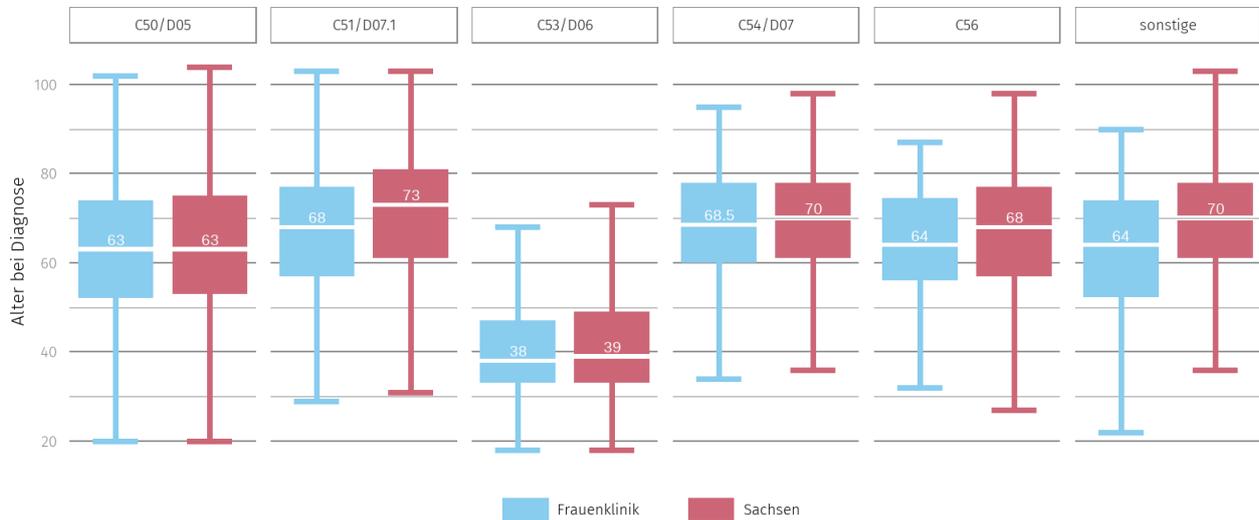


**Abbildung 2:** Absolute Anzahl von Meldeanlässen im Zeitverlauf, getrennt nach Entität, 2018–2022

Abgebildet werden in Abhängigkeit vom Meldeanlass die absoluten Häufigkeiten von Meldungen selbst erbrachter

Leistungen im jährlichen Zeitverlauf. Übrige Entitäten werden in der Gruppe 'sonstige' zusammengefasst.

#### 4 Erkrankungsalter



**Abbildung 3:** Erkrankungsalter der Patient:innen, getrennt nach Entität, 2018–2022

Die Abbildung stellt die entitätsspezifische Variabilität des Diagnosealters der von Ihnen behandelten Patient:innen im Beobachtungszeitraum in Form von Boxplots dar. Durch diese Art der Darstellung erhalten Sie zum einen Auskunft zum medianen Erkrankungsalter

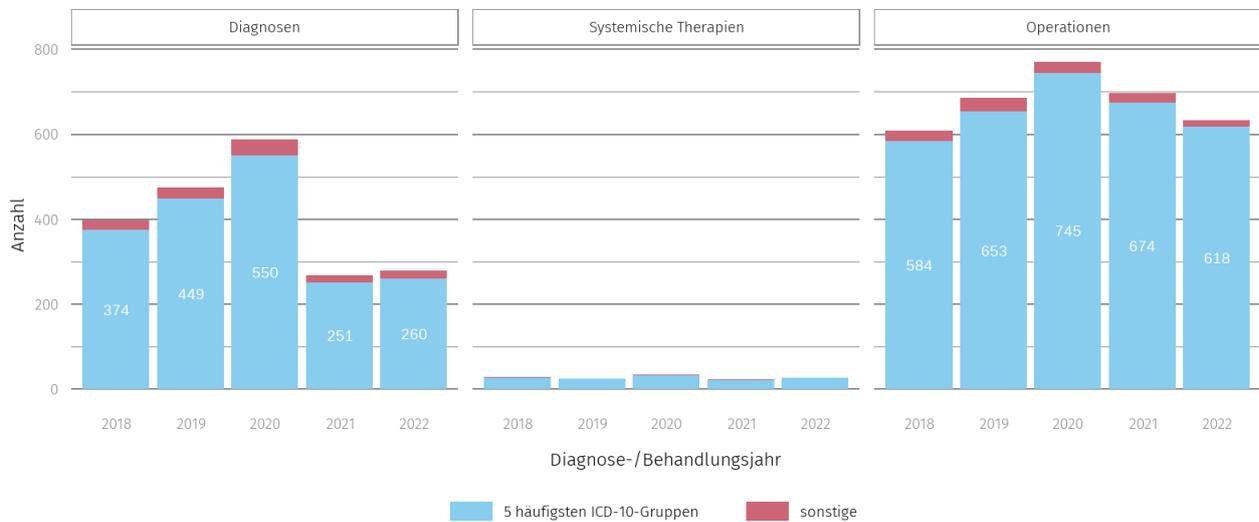
sowie den Minimal-/Maximalwerten. Zum anderen können Sie sich einen Überblick über die generelle Verteilung der Werte in Quartilen verschaffen. Zusätzlich werden die Referenzwerte aus Gesamtsachsen mit abgebildet.

#### 5 Behandelte Patient:innen und tumorspezifische Therapien

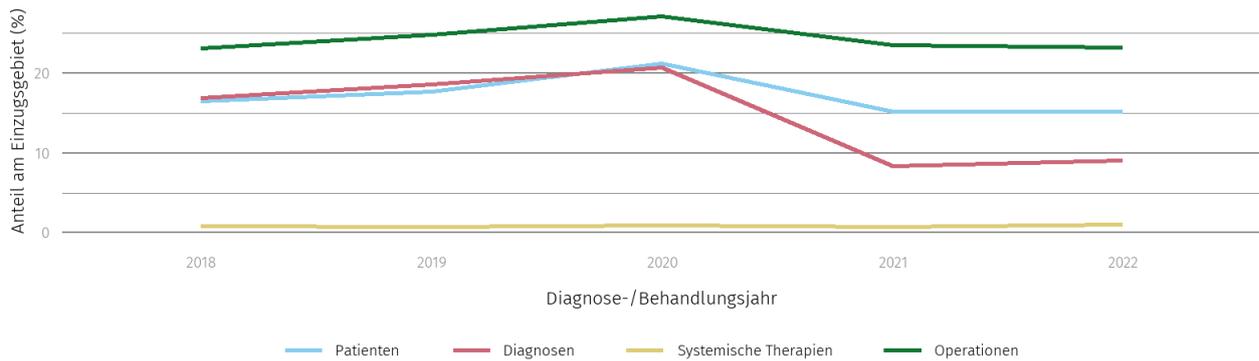
##### Übersicht über behandelte Patient:innen

| Diagnose-/Behandlungsjahr   | 2018       | 2019       | 2020       | 2021       | 2022       |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|
| 5 häufigsten ICD-10-Gruppen   | 583        | 670        | 862        | 661        | 638        |
| sonstige  | 35         | 36         | 45         | 31         | 22         |
| <b>Gesamt</b>   | <b>618</b> | <b>706</b> | <b>907</b> | <b>692</b> | <b>660</b> |
| darunter Anzahl von Patient:innen mit Behandlungen mehrerer Tumoren | 17         | 19         | 17         | 16         | 16         |

**Tabelle 1:** Anzahl der von Ihnen behandelten Patient:innen im Zeitverlauf, 2018–2022



**Abbildung 4:** Behandlungen nach Behandlungsjahr und -art, 2018–2022

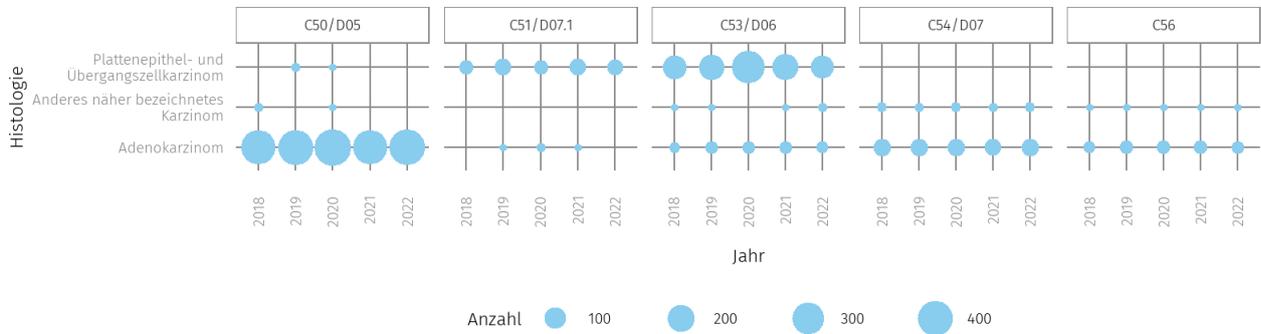


**Abbildung 5:** Prozentualer Anteil Ihrer Patient:innen und Behandlungen im Verhältnis zu allen meldenden Einrichtungen im Einzugsbereich nach Behandlungsjahr und -art, 2018–2022

Die Tabelle gibt Ihnen Auskunft über die Anzahl der von Ihren behandelten Patient:innen im Zeitverlauf. Sofern vorhanden, werden Patient:innen, die im Betrachtungszeitraum wegen mehrerer Tumorentitäten behandelt wurden, separat ausgewiesen. Der anschließenden Abbildung können Sie sowohl die Summe Ihrer Behandlungsleistungen als auch deren

Verteilung auf Ihre häufigsten Tumoren im Verhältnis zu den übrigen Entitäten entnehmen. Zuletzt wird im Liniendiagramm der prozentuale Anteil Ihrer Behandlungen zum Einzugsbereich im zeitlichen Verlauf wiedergegeben. Der Einzugsbereich entspricht den ehemaligen Verwaltungsbezirken (Chemnitz, Dresden oder Leipzig), in welchem sich Ihre Einrichtung befindet.

## 6 Histologie/Morphologie (ICD-O-3 Code)

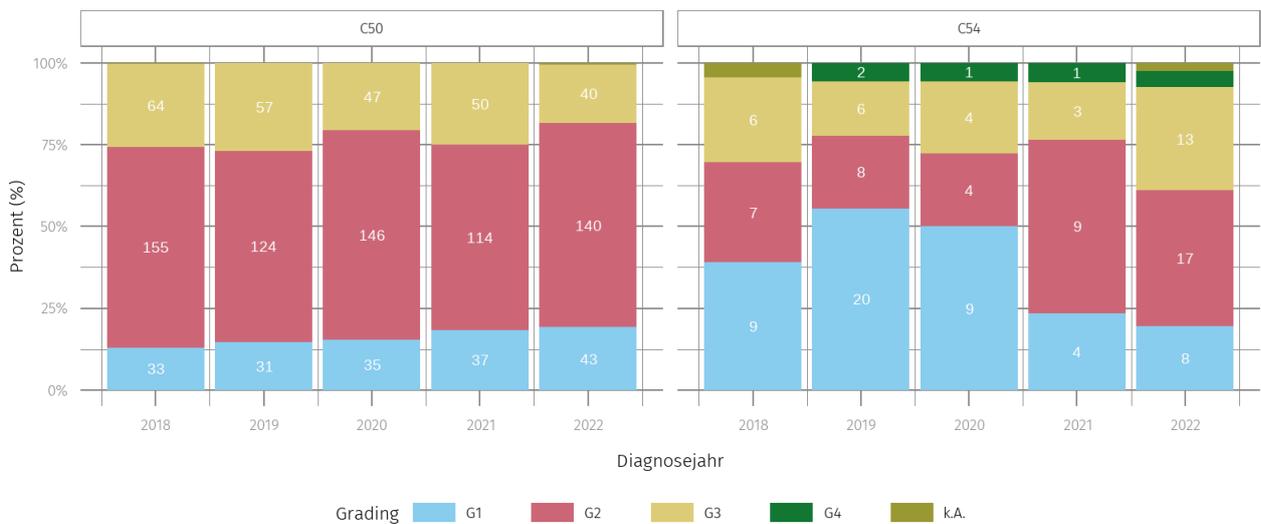


**Abbildung 6:** Absolute Häufigkeiten der Histologien nach Diagnosejahr und Entität, 2018–2022

Die Abbildung stellt die 5 häufigsten ICD-10-Gruppen dar, die in Ihrer Abteilung behandelt wurden. Innerhalb dieser Entität werden die häufigsten Tumormorphologien nach ICD-O-3 benannt.

Der Einschluss in die Auswertung und die Darstellung erfolgen nach dem Diagnosejahr. Die angegebenen Punkte geben das Größenverhältnis wieder. Eine wertgenaue Angabe ist nicht ableitbar.

## 7 Grading oder andere tumorspezifische Malignitätskriterien

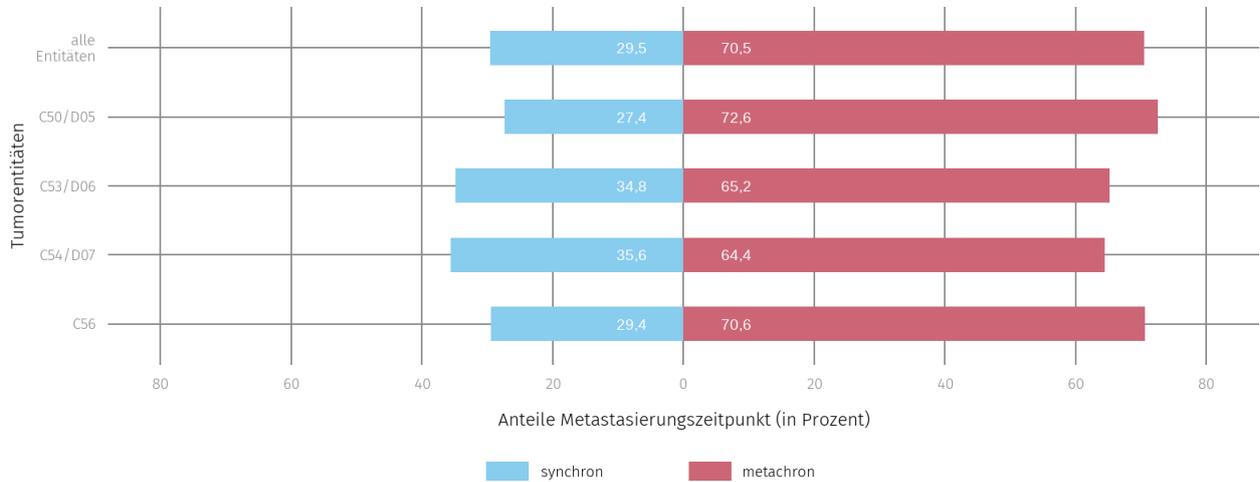


**Abbildung 7:** Klassifikationen behandelter Tumoren, 2018–2022

In diesem Abschnitt wird das Grading für alle in Ihrer Einrichtung behandelten Patient:innen dargestellt. Es werden nur die ICD-10 Diagnosen abgebildet, für die ein Grading ermittelt werden kann. Des Weiteren werden folgende Gruppen zusammengefasst: low grade wird zusammen mit G1 (gut differenziert), intermediate grade

mit G2 (mäßig differenziert) und high grade mit G3 (schlecht differenziert) dargestellt. Fälle, bei denen kein Grading angegeben, ermittelt bzw. bestimmt werden konnte, werden unter der Gruppe 'keine Angabe (k.A.)' zusammengefasst.

## 8 Fernmetastasierung

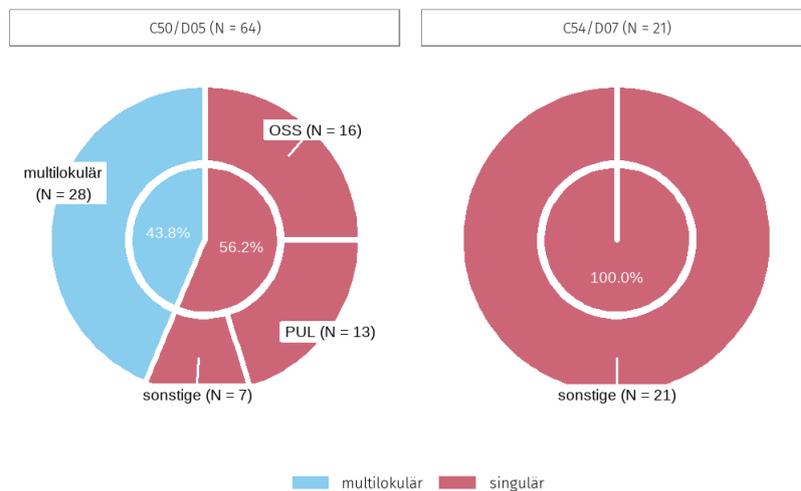


**Abbildung 8:** Prozentuale Verteilung des Fernmetastasierungszeitpunktes, getrennt nach Entität, 2018–2022

Im Folgenden werden nur fernmetastasierte Patient:innen betrachtet. Als synchron metastasiert gelten jene Patient:innen, bei denen innerhalb von 92 Tagen nach Diagnosestellung eine Filialisierung nachgewiesen wurde. Außerhalb dieses Zeitraumes

werden die Patient:innen als metachron metastasiert bezeichnet. Tumorentitäten mit weniger als 15 Fällen im gesamten Betrachtungszeitraum werden aus der Darstellung ausgeschlossen.

## 9 Lokalisation synchroner Fernmetastasen



**Abbildung 9:** Lokalisation von synchronen Fernmetastasen, 2018–2022

Die Grafik richtet den Fokus auf die Lokalisation synchroner Fernmetastasen. Der innere Kreis stellt das Verhältnis zwischen uni- und multilokulärer Metastasierung dar. Als 'multilokulär' werden alle synchronen Fernmetastasen mit demselben Feststellzeitpunkt zusammengefasst. Der äußere Kreis spiegelt für alle Metastasen die maximal vier häufigsten

singulären Organlokalisationen wider, 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.

## 10 Klassifikation von Tumoren

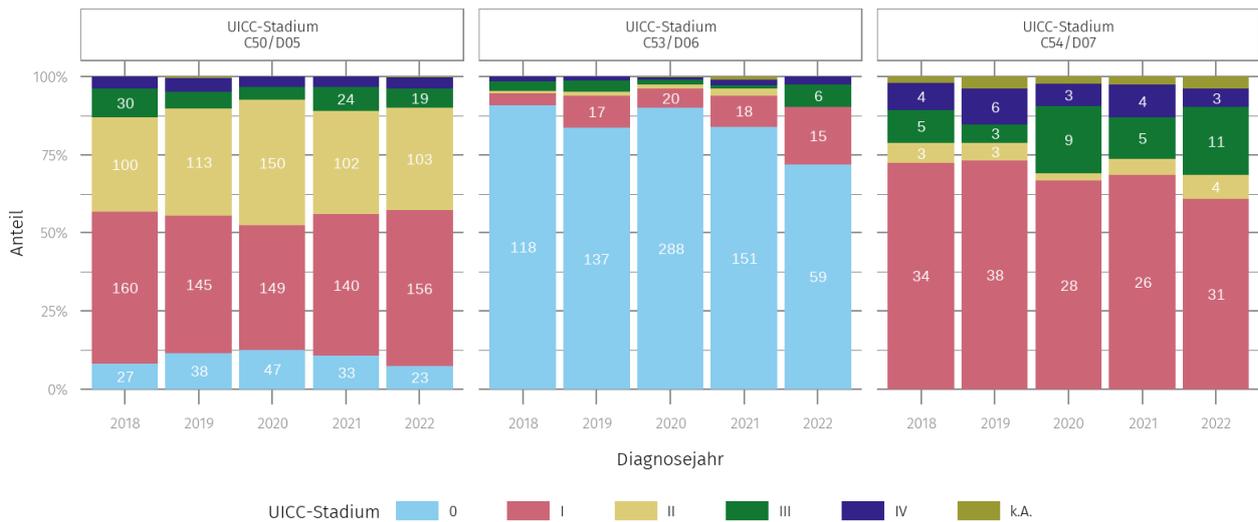


Abbildung 10: Klassifikation von Tumoren, 2018–2022

Für die 5 häufigste Tumorentitäten Ihrer Einrichtung werden Ihnen die in Europa aktuell gebräuchlichsten Klassifikationen (UICC, WHO- Grad, Ann Arbor, Binet oder SLiM CRAB) dargestellt. Die Zuordnung eines Falls zu Ihrer Einrichtung erfolgt durch die von Ihnen gemeldeten bzw. durchgeführten Diagnosen sowie Behandlungen. Jeder Patient:in wird dabei jeweils nur einmal pro Tumor

im gesamten Beobachtungszeitraum 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.

## 11 Systemische Therapien

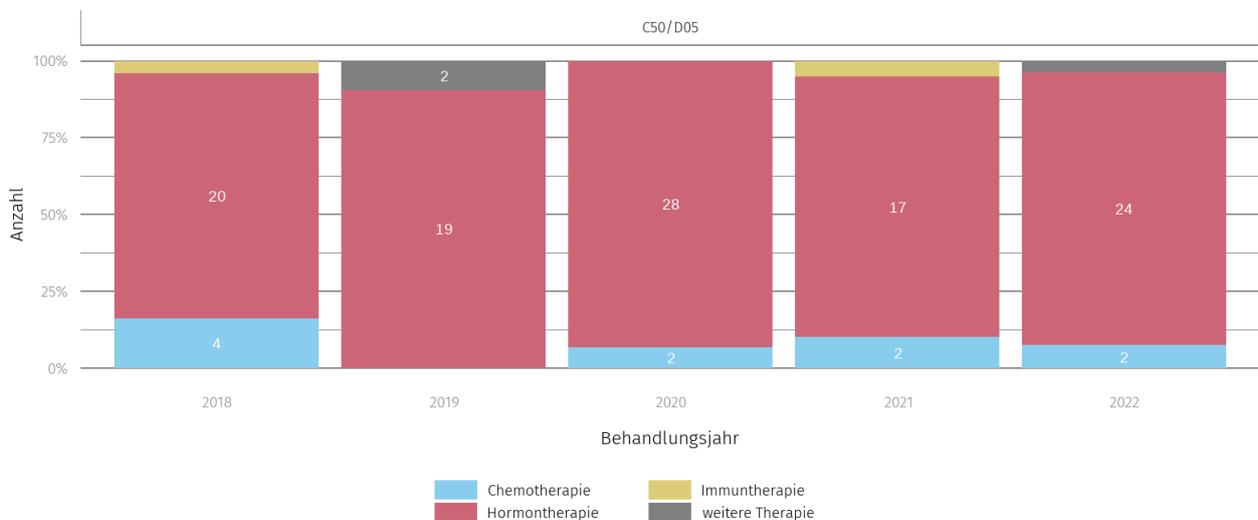
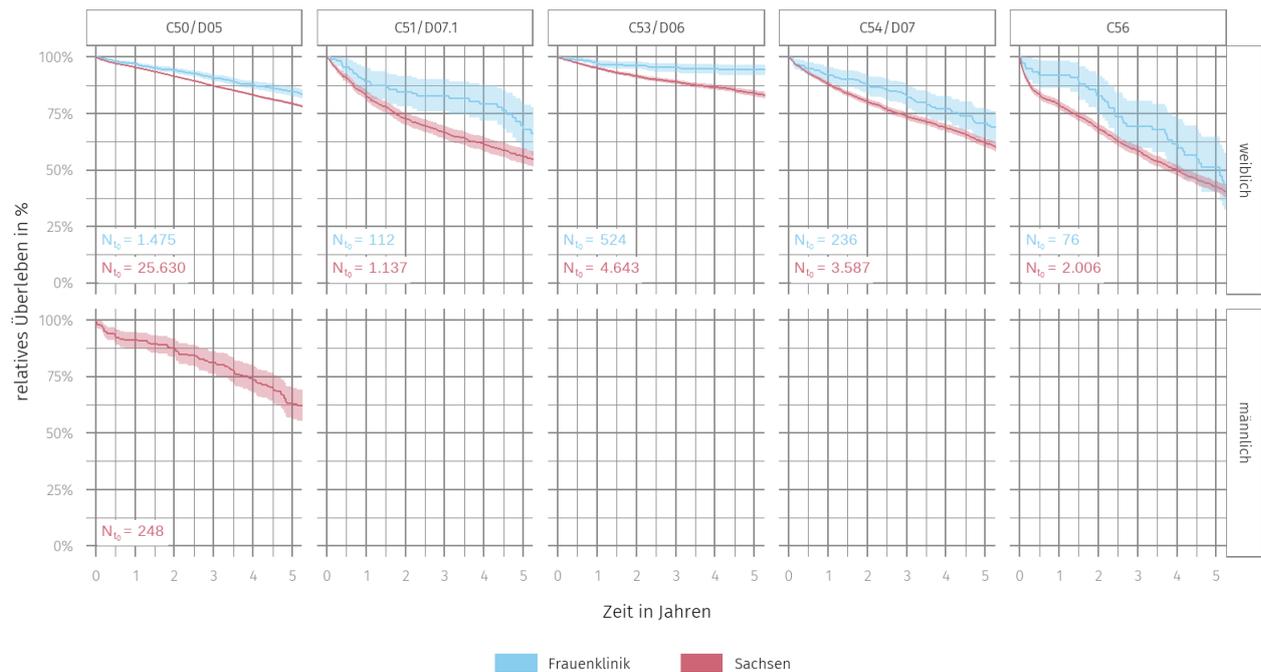


Abbildung 11: Systemische Therapiearten, getrennt nach ICD-Gruppen, 2018–2022

Dargestellt wird die Verteilung systemischer Therapien im Zeitverlauf getrennt nach Entität und der spezifischen Behandlungsform. Die Gruppe der kombinierten Therapien enthält Kombinationen von Chemo-, Immun-

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

## 12 Relatives Überleben



**Abbildung 12:** Relative Überlebenswahrscheinlichkeiten bis fünf Jahre nach Erstdiagnose für Ihre häufigsten Diagnosegruppen, im Vergleich zu Sachsen, 2015–2019

Um Aussagen über die Überlebensaussichten von Tumorpatient:innen treffen zu können, werden sogenannte 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 Tumorpatient:innen im Verhältnis zur sächsischen Bevölkerung, unter Berücksichtigung des Alters und des Geschlechtes, aus.

Die oben abgebildeten Kurven zeigen, wie viele Tumorpatient:innen Ihrer Einrichtung und aus Gesamtsachsen prozentual zu einem bestimmten Beobachtungszeitraum, hier in Jahren angegeben, nach der Diagnose im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung Sachsens noch leben. In der Analyse wurde als

Startzeitpunkt das Diagnosedatum definiert, Endzeitpunkt oder Zielereignis sind entweder der Tod oder das letzte Verlaufsdatum bei noch lebenden Patient:innen.

Aufgrund einrichtungsspezifischer Behandlungsschwerpunkte und deren Stellung im Therapieplan kommt es zu einer Selektion der Patient:innen hinsichtlich der Stadienverteilung. In der Gruppe der gesamtsächsischen Patient:innen finden sich dagegen alle Tumorstadien wieder.

Bei der Interpretation der Kurven sollte beachtet werden, dass die abgebildeten Kurven nur einen ersten Eindruck vermitteln können. Differenziertere Betrachtungen erfordern multivariate Analysen unter Kontrolle weiterer Einflussfaktoren.

## 13 Qualitätsindikatoren

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

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 darauffolgenden tabellarischen Darstellungen der spezifischen Qualitätsindikatoren können Sie zunächst die der Berechnung zugrundeliegenden Zähler und Nenner Ihrer Einrichtung ablesen. In Abhängigkeit vom 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 oder 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. Blau hinterlegte Zeile bildet das prozentuale Verhältnis Ihrer Einrichtung aus Zähler und Nenner ab. Dieses Verhältnis ist ebenfalls für den Einzugsbereich des KKR (rot hinterlegter Bereich) dargestellt. Die entsprechenden Qualitätsziele der S3-Leitlinie bzw. von OnkoZert können jeweils der Tabellenunterschrift entnommen werden.

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

## 14 Erfüllung der Qualitätsindikatoren – Mammakarzinom

| Jahr           | 2018  | 2019  | 2020  | 2021  | 2022  |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Frauenklinik   | 290   | 292   | 331   | 285   | 320   |
| Einzugsbereich | 3 915 | 4 148 | 4 110 | 4 174 | 4 096 |

**Tabelle 2:** Absolute Fallzahlen Ihrer Einrichtung und dem Einzugsbereich, 2018–2022

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. Der Zeitpunkt der klinischen, zytologischen

oder histologischen Sicherung entscheidet über die Zuordnung zum jeweiligen Jahr.

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

### Q13 – Intraoperative Präparateradio-/-sonographie

| Jahr           |        | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----------------|--------|------|------|------|------|------|
| Zähler         |        | 53   | 43   | 48   | 26   | 26   |
| Nenner         |        | 54   | 43   | 48   | 26   | 26   |
| Frauenklinik   | (in %) | 98   | 100  | 100  | 100  | 100  |
| Einzugsbereich | (in %) | 65   | 68   | 64   | 77   | 83   |

Zähler Operationen mit intraoperativem Präparateröntgen oder intraoperativer Präparatesonographie

Nenner Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammographie oder Sonographie

**Tabelle 3:** Intraoperativ durchgeführter Präparateradio-/-sonographien, 2018–2022, Qualitätsziel (nach OnkoZert)  $\geq 95\%$

Ziel der S3-Leitlinie ist eine möglichst häufige Durchführung intraoperativer Präparatesonographien

oder –radiographien 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 Präparateröntgen oder -sonographien sind im Zähler erfasst.

#### Q14 – Axilläre Lymphknotenentfernung bei ductalem Carcinoma in situ (DCIS)

| Jahr           |        | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----------------|--------|------|------|------|------|------|
| Zähler         |        | 0    | 0    | 0    | 1    | 0    |
| Nenner         |        | 12   | 15   | 18   | 16   | 10   |
| Frauenklinik   | (in %) | 0    | 0    | 0    | 6    | 0    |
| Einzugsbereich | (in %) | 3    | 2    | 5    | 4    | 2    |

Zähler Patient:innen mit axillärer Lymphknotenentnahme (primäre Axilladissektion oder Sentinel-Node-Biopsie)

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

**Tabelle 4:** Durchgeführte axilläre Lymphknotenentfernungen bei DCIS, 2018–2022, Qualitätsziel (nach S3-Leitlinie) ≤ 5 %

Bei einem DCIS handelt es sich um eine nicht-metastasierungsfähige 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) in Ihrer Einrichtung entnehmen.

#### Q15 – Endokrine Therapie als erste Therapieoption beim steroidrezeptorpositiven metastasierten Mammakarzinom

| Jahr           |        | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----------------|--------|------|------|------|------|------|
| Zähler         |        | 4    | 7    | 6    | 1    | 3    |
| Nenner         |        | 11   | 14   | 16   | 6    | 9    |
| Frauenklinik   | (in %) | 36   | 50   | 38   | 17   | 33   |
| Einzugsbereich | (in %) | 37   | 39   | 43   | 43   | 45   |

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 5:** Durchgeführte endokrine Erstlinientherapien bei rezeptorpositiven metastasierten Mammakarzinomen, 2018–2022, Qualitätsziel (nach OnkoZert) ≥ 95 %

Die Leitlinie sieht bei metastasierten, rezeptorpositiven und HER2-negativen invasiven Mammakarzinomen eine endokrine Therapie als Erstlinientherapie vor.

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           |        | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----------------|--------|------|------|------|------|------|
| Zähler         |        | 135  | 123  | 133  | 118  | 144  |
| Nenner         |        | 140  | 131  | 140  | 127  | 149  |
| Frauenklinik   | (in %) | 96   | 94   | 95   | 93   | 97   |
| Einzugsbereich | (in %) | 93   | 94   | 94   | 92   | 94   |

Zähler Patient:innen mit alleiniger Sentinel-Node-Biopsie

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

**Tabelle 6:** Durchgeführte Sentinel-Lymphknotenbiopsien, 2018–2022, Qualitätsziel (nach OnkoZert) ≥ 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 – Strahlentherapie nach brusterhaltender Therapie (BET)

| Jahr           |        | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----------------|--------|------|------|------|------|------|
| Zähler         |        | 141  | 129  | 155  | 126  | 172  |
| Nenner         |        | 155  | 146  | 171  | 142  | 192  |
| Frauenklinik   | (in %) | 91   | 88   | 91   | 89   | 90   |
| Einzugsbereich | (in %) | 85   | 85   | 86   | 87   | 82   |

Zähler Patient:innen mit invasivem Karzinom und BET, die eine Radiatio der Brust erhalten haben

Nenner Patient:innen mit Primärerkrankung eines invasiven Mammakarzinoms und BET

**Tabelle 7:** Durchgeführte Strahlentherapien nach einer BET, 2018–2022, Qualitätsziel (nach OnkoZert)  $\geq 90\%$

Die brusterhaltende Therapie (BET) gehört zu den operativen Standardeingriffen bei 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.

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 innerhalb von acht Monaten nach der BET durchgeführt wurde.

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

### Q19 – Endokrine Therapie bei rezeptorpositivem Befund

| Jahr           |        | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----------------|--------|------|------|------|------|------|
| Zähler         |        | 166  | 140  | 173  | 151  | 206  |
| Nenner         |        | 208  | 189  | 225  | 189  | 230  |
| Frauenklinik   | (in %) | 80   | 74   | 77   | 80   | 90   |
| Einzugsbereich | (in %) | 49   | 46   | 43   | 45   | 46   |

Zähler Patient:innen, die eine adjuvante endokrine Therapie erhalten haben

Nenner Steroidrezeptorpositive Patient:innen mit Primärerkrankung eines invasiven Mammakarzinoms

**Tabelle 8:** Durchgeführte endokrine Therapien bei rezeptorpositiven Befunden, 2018–2022, Qualitätsziel (nach OnkoZert)  $\geq 80\%$

Für die Auswertung wurden alle Patient:innen mit der Primärerkrankung eines steroidpositiven invasiven Mammakarzinoms eingeschlossen (Nenner). Den Zähler

bilden die durchgeführten adjuvanten endokrinen Therapien. Aus der Betrachtung ausgeschlossen wurden Rezidive.

### Q110 – Trastuzumab-Therapie bei HER2-positivem Befund

| Jahr           |        | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----------------|--------|------|------|------|------|------|
| Zähler         |        | 31   | 21   | 32   | 23   | 30   |
| Nenner         |        | 31   | 21   | 33   | 23   | 32   |
| Frauenklinik   | (in %) | 100  | 100  | 97   | 100  | 94   |
| Einzugsbereich | (in %) | 76   | 81   | 72   | 77   | 62   |

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 9:** Durchgeführte Trastuzumab-Therapien bei HER2-positivem Befund, 2018–2022, 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 progressionsfreien Zeit ab der Erstdiagnose einbezogen.

### 15 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. Die folgende Abbildung stellt die Vollständigkeit der Modulinhalt Ihrer Einrichtung im Vergleich zu Gesamtsachsen dar. Unterhalb der Balken sind ausschließlich für Ihre Einrichtung die absoluten Fallzahlen für die jeweiligen Jahre (a) sowie die zu

erwartenden Werte (e) dargestellt. 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, 2018–2022, Anmerkung: Die Erfüllung der Variable ‚intraoperatives Präparateradio-/sonographien‘ hängt unmittelbar davon ab, ob eine präoperative Drahtmarkierung durchgeführt und an das zuständige Klinische Krebsregister gemeldet wurde.

**Anhang: Übersicht erfasster Meldungen, Fälle sowie Neuerkrankungen für das Jahr 2022**

Jede Erkrankung mit einem gemeldeten Leistungsdatum 2022 (Diagnose-, Behandlungs-, Rezidiv-, Todesdatum etc.) geht einmal in die Fallzahl ein. Das heißt, ein Fall bzw. Tumor kann auch mehreren Einrichtungen zugeordnet sein. Die Zahl der Neuerkrankungen (NE) ist Teil der Fallzahl und bedeutet, dass diese Erkrankungsfälle ein Diagnosedatum 2022 haben, unabhängig davon, wer die Diagnose an das Klinische Krebsregister gemeldet hat.



| ICD10 | Diagnose   | Anzahl<br>Meldungen | Anzahl Fälle |        | Anzahl NE |        |
|-------|--|---------------------|--------------|--------|-----------|--------|
|       |  |                     | männl.       | weibl. | männl.    | weibl. |
| C16   | Bösartige Neubildung des Magens  | 1                   | 0            | 1      | 0         | 1      |
| C25   | Bösartige Neubildung des Pankreas  | 1                   | 0            | 1      | 0         | 0      |
| C34   | Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge                                     | 1                   | 0            | 1      | 0         | 0      |
| C48   | Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums                        | 10                  | 0            | 8      | 0         | 6      |
| C50   | Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]  | 1 041               | 2            | 675    | 2         | 299    |
| C51   | Bösartige Neubildung der Vulva   | 30                  | 0            | 20     | 0         | 12     |
| C52   | Bösartige Neubildung der Vagina  | 3                   | 0            | 2      | 0         | 1      |
| C53   | Bösartige Neubildung der Cervix uteri  | 55                  | 0            | 34     | 0         | 23     |
| C54   | Bösartige Neubildung des Corpus uteri  | 103                 | 0            | 59     | 0         | 50     |
| C56   | Bösartige Neubildung des Ovars   | 22                  | 0            | 14     | 0         | 12     |
| C57   | Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter weiblicher Genitalorgane | 2                   | 0            | 2      | 0         | 1      |
| C80   | Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation                                    | 1                   | 0            | 1      | 0         | 1      |
| C82   | Follikuläres Lymphom   | 1                   | 0            | 1      | 0         | 1      |
| C83   | Nicht follikuläres Lymphom   | 1                   | 0            | 1      | 0         | 1      |
| C84   | Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome   | 2                   | 0            | 1      | 0         | 1      |
| C91   | Lymphatische Leukämie  | 1                   | 0            | 1      | 0         | 1      |
| D01   | Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane            | 1                   | 0            | 1      | 0         | 1      |
| D05   | Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]   | 76                  | 0            | 61     | 0         | 22     |
| D06   | Carcinoma in situ der Cervix uteri   | 118                 | 0            | 106    | 0         | 57     |
| D07   | Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Genitalorgane               | 17                  | 0            | 14     | 0         | 8      |
| D39   | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der weiblichen Genitalorgane       | 14                  | 0            | 5      | 0         | 5      |
| Summe |  | 1 501               | 2            | 1 009  | 2         | 503    |

**Tabelle 10:** Anzahl Meldungen, Fälle sowie Neuerkrankungen stratifiziert nach ICD10



## **Impressum**

Ansprechpartner Klinisches Krebsregister Chemnitz:

### **Bei Fragen zum Auswertungsbogen**

Dr. Sabine Lang, Maria Andrea Neubert, Birgit Schubotz

### **Bei medizinischen Fragen**

Dr. med. Solveig Unger

### **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**

Klinisches Krebsregister Chemnitz

Postanschrift: Flemmingstr. 2 · 09116 Chemnitz  
Besucheranschrift: Bürgerstr. 2 · 09113 Chemnitz  
Tel: 0371 333 42 709  
Fax: 0371 333 42 723  
E-Mail: [kk.chemnitz@krebsregister-sachsen.de](mailto:kk.chemnitz@krebsregister-sachsen.de)  
Homepage: [www.krebsregister-sachsen.de](http://www.krebsregister-sachsen.de)

### **Datenstand**

08.12.2023