

EINRICHTUNGSBEZOGENE AUSWERTUNG

ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER ONKOLOGISCHEN VERSORGUNG



**Musterpraxis
Dr. Mustermann**

Musterstraße 24
12345 Musterstadt

MELDER-ID: 123456

Zeitraum: 01.01.2022 - 31.12.2022

Mainz, Dezember 2023

KREBS
BEKÄMPFEN

FORSCHUNG
UNTERSTÜTZEN

AUSWERTEN

Krebs gesamt
Magen (C16)
Darm (C18-C21)
Pankreas (C25)
Trachea, Bronchien, Bronchiolen (C32)
Maligne Melanome, Lunge (C33-C34)
Prostata (C61)
Gebärmutterkörper (C54-C55)
Harnblase (C67, D09.0, D41-A)
Non-Hodgkin-Lymphome (C82-C85)

Ziel unserer Rückmeldungen an Sie ist es, Ihnen, den meldenden Ärzten¹, einen Überblick über die uns vorliegenden Daten zu Ihren Patienten zu geben. Diese Dokumentation gibt Ihnen und uns einen Einblick in die Verteilung der Meldungen nach Meldeanlass, der Patientencharakteristika und Diagnosen. Die im Krebsregister gesammelten Daten sind Grundlage aggregierter Auswertungen und Einzelfallbesprechungen, die dem Ziel einer verbesserten Qualität der onkologischen Patientenversorgung dienen.

Inhalt

I. Anzahl Ihrer Meldungen	4
II. Beschreibung Ihrer Patientinnen und Patienten	5
III. Diagnose-, Therapie- und Verlaufsmeldungen zu Ihren Patientinnen und Patienten	7
IV. Qualitätsindikatoren	11

¹Im Krebsregister Rheinland-Pfalz schätzen wir Unterschiede und streben an, dass sich alle Menschen angesprochen fühlen. Wir legen grundsätzlich Wert auf wertschätzende Kommunikation sowie geschlechtergerechte und barrierefreie Formulierungen. Jedoch verwenden wir im Text aus stilistischen Gründen häufig das generische Maskulinum. Natürlich ist auch in diesen Fällen jedes Geschlecht eingeschlossen.

Die im Krebsregister RLP gesammelten Daten sind Grundlage aggregierter Auswertungen und Rückmeldungen zu einzelnen Patienten, die dem Ziel einer verbesserten Qualität der onkologischen Patientenversorgung dienen. Bitte beachten Sie, dass jeder Melder nur die Leistungen an das Krebsregister melden soll, die er selbst erbracht hat (Abbildung 1).

Meldeanlass	Krankenhaus/ Organkrebs- zentrum	Niederlassung Hämato- Onkologie	Niederlassung Strahlen- therapie	Niederlassung Fachärztin/-arzt
Diagnose	✓	✓		(✓)
Operation	✓			(✓)
Beginn/Ende Systemtherapie <ul style="list-style-type: none"> ■ Chemotherapie ■ Hormontherapie ■ Immuntherapie 	✓ (✓) (✓)	✓ (✓) ✓	(✓)*	✓
Beginn/Ende Strahlentherapie	✓		✓	
Tumorkonferenz	✓	(✓)	(✓)	(✓)
Verlauf <ul style="list-style-type: none"> ■ Nachsorge ■ Rezidiv ■ Metastase ■ Progress 	(✓) ✓ ✓ ✓	(✓) (✓) (✓) (✓)	(✓)	✓ (✓) (✓) (✓)
Tod	✓	(✓)		(✓)

(✓): Nur falls selbst durchgeführt/festgestellt
* Radiochemotherapie

Abbildung 1: Meldeanlässe nach Einrichtung. Jeder Melder meldet nur die Leistung, die er selbst erbracht hat. (✓) nur falls selbst durchgeführt/festgestellt; * Radiochemotherapie

I. Anzahl Ihrer Meldungen

Zunächst geben wir Ihnen einen Überblick über Ihre Meldeaktivität. Krebs ist eine meldepflichtige Erkrankung. Seit dem 01.01.2016 werden im Krebsregister RLP neben epidemiologischen auch klinische Daten dokumentiert. Aus diesem Grund ermitteln wir für jeden Melder pro Jahr die Anzahl der bei uns eingegangenen Meldungen. Hierbei werden ausschließlich qualitätsgeprüfte Meldungen berücksichtigt. Meldungen, zu denen z.B. noch Rückfragen bestehen, sind hier nicht aufgeführt. Für das Jahr 2022 fügen wir zudem einen Vergleich mit den gesamten Meldezahlen von RLP an (Tabelle 1).

Tabelle 1: Anzahl Ihrer Meldungen zu Ihren ab 2016 erbrachten Leistungen in den Eingangsjahren 2016 bis 2022 mit einem Vergleich der Gesamtzahlen von Rheinland-Pfalz (RLP) für das Jahr 2022

Meldeanlass	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	RLP 2022
Diagnose	18	16	70	44	52	19	54	31.305
Operation	18	32	68	26	41	34	46	17.526
Strahlentherapie	1	11	10	7	8	12	14	12.744
Systemtherapie	13	52	68	37	75	25	72	25.781
Verlauf	21	167	219	260	249	131	280	88.098
Gesamt	71	278	435	374	425	221	466	175.454

II. Beschreibung Ihrer Patientinnen und Patienten

In diesem Abschnitt geben wir Ihnen einen Überblick über die Informationen zu den Patienten, die uns von Ihrer Einrichtung gemeldet wurden. Abbildung 2 zeigt die Verteilung von Geschlecht und Alter bei Diagnosestellung, entsprechend der Meldungen, die Sie uns übermittelt haben.

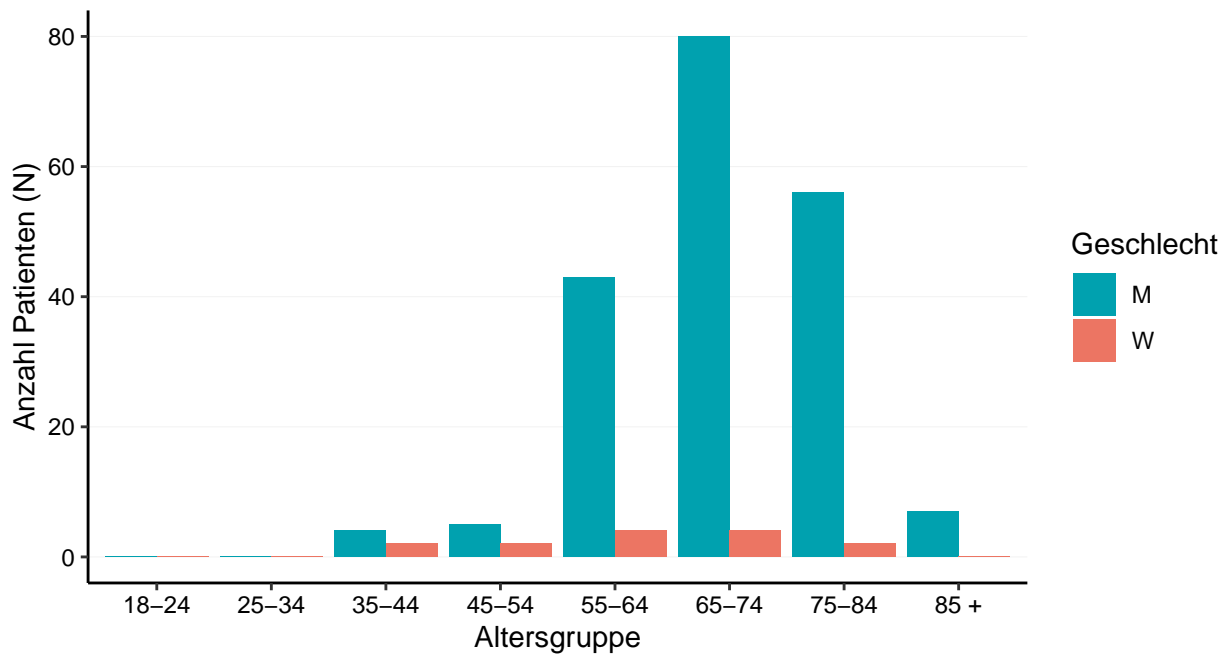


Abbildung 2: Alters- und Geschlechtsverteilung Ihrer Patienten; Meldungseingang: 01.01.2022 - 31.12.2022

Abbildung 3 zeigt die zurückgelegten Wegstrecken Ihrer Patienten zu Ihrer Einrichtung. Grundlage ist der Wohnort auf Ebene der Gemeindekennziffern zum Zeitpunkt der von Ihnen erbrachten Leistung. Die Stärke der Pfeile repräsentiert die Anzahl der Patienten je Kreis, die Farbe die durchschnittliche Entfernung, angegeben in Kilometern (km).

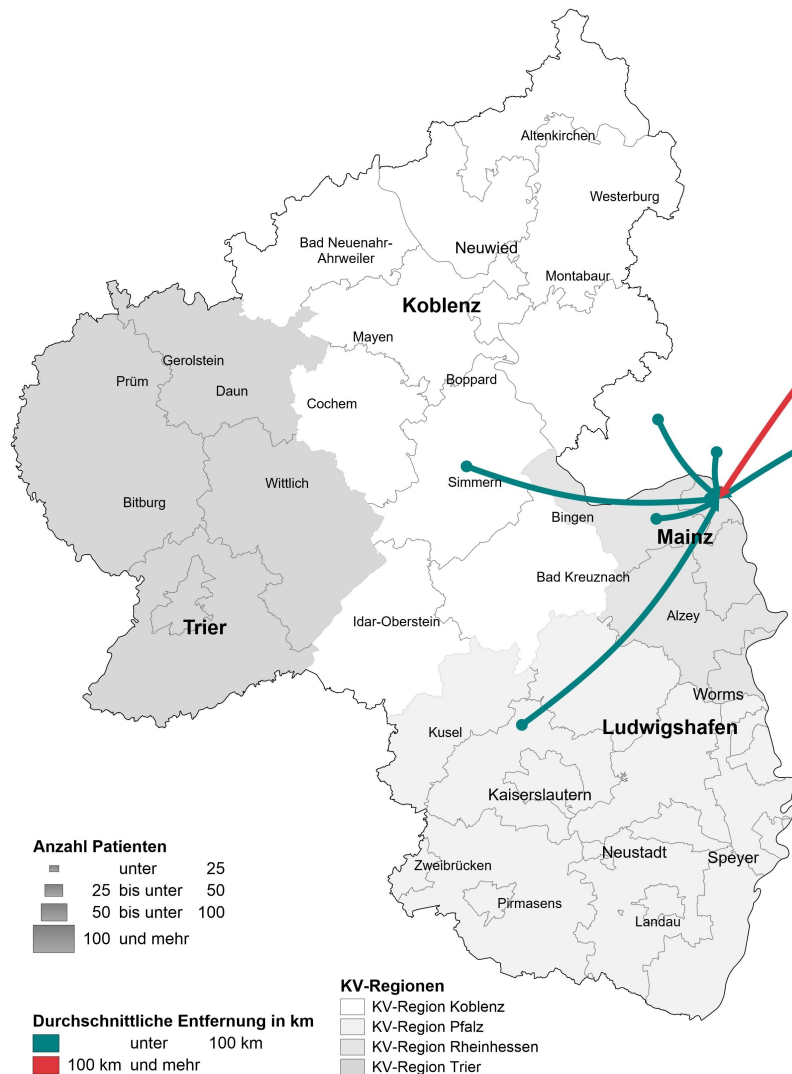


Abbildung 3: Patientenströme vom Wohnsitz der Patienten auf Kreisebene zu Ihrer Einrichtung; Meldungseingang: 01.01.2022 - 31.12.2022

III. Diagnose-, Therapie- und Verlaufsmeldungen zu Ihren Patientinnen und Patienten

Im Folgenden finden Sie eine Zusammenstellung der uns vorliegenden Daten zu den von Ihnen gemeldeten Tumoren. Berücksichtigt wurden alle Informationen aus qualitätsgeprüften Meldungen. Abbildung 4 gibt Ihnen einen Überblick über die Anzahl der von Ihnen an uns im Jahr 2022 gemeldeten Tumoren nach ICD-10-GM.

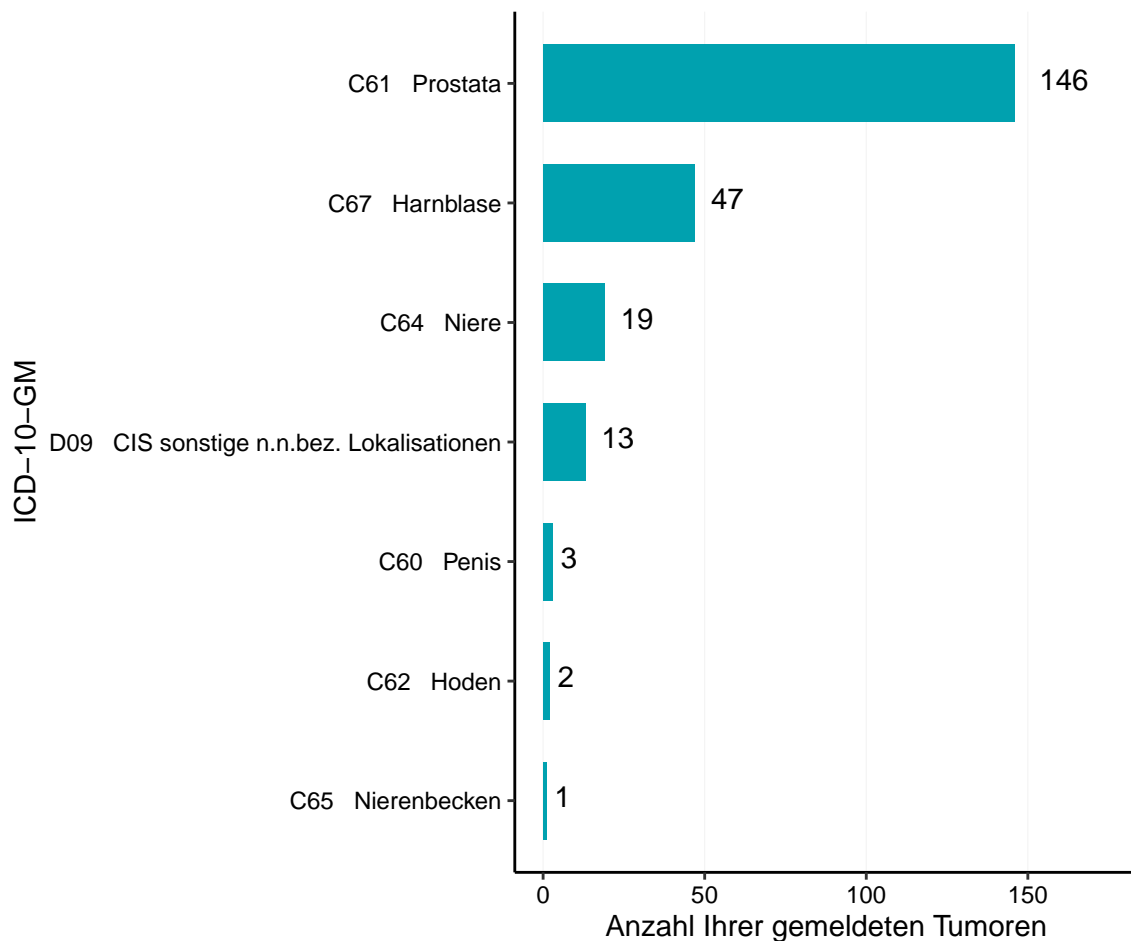


Abbildung 4: Verteilung der von Ihnen gemeldeten Tumoren nach Diagnosegruppen (ICD-10-GM), (CIS = *Carcinoma in situ*). Meldungseingang: 01.01.2022 - 31.12.2022

Das Vorliegen von vollständigen Daten zu Diagnose, Therapie und Verlauf für jeden einzelnen Patienten ist entscheidend für die Beurteilung des Erfolges, der Qualität und der Vergleichbarkeit der durchgeführten Behandlung. Mit Ihren Meldungen zu den von Ihnen erbrachten Leistungen ermöglichen Sie uns die lückenlose Bereitstellung der onkologischen Patientenakte zu jedem Ihrer Patienten. In Abbildung 5 geben wir Ihnen einen Überblick über die Vollständigkeit Ihrer Angaben in Diagnosemeldungen. Dieser Punkt betrifft Sie nur, wenn Diagnosestellungen zu Ihrem Leistungsspektrum zählen.

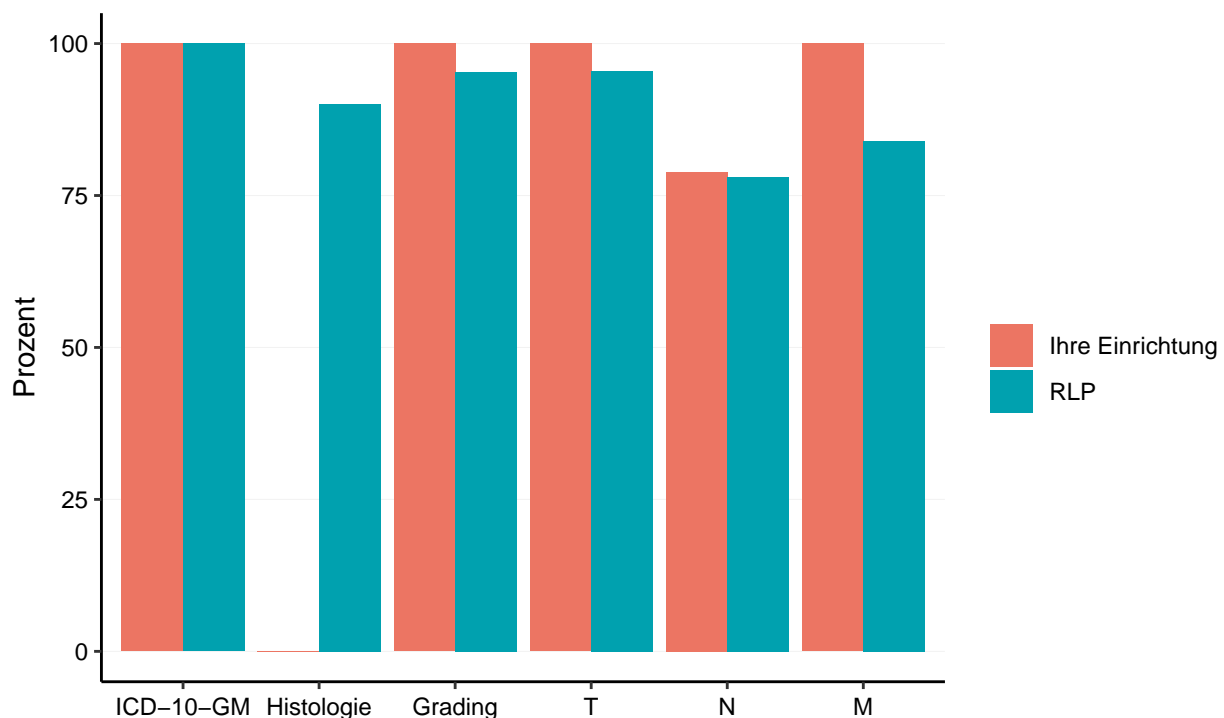


Abbildung 5: Vollständigkeit Ihrer Diagnosemeldungen im Jahr 2022 bezüglich der aufgelisteten Felder im Vergleich zu Rheinland-Pfalz; Meldungseingang: 01.01.2022 - 31.12.2022

Neben der Vollständigkeit der Daten ist auch die Präzision Ihrer Angaben ein entscheidender Faktor, der die Qualität und die Aussagekraft der Daten bestimmt. Die folgende Darstellung (Abbildung 6) zeigt den Anteil Ihrer spezifischen Meldungen im Hinblick auf die Lokalisation der gemeldeten Tumoren. Als unspezifisch werden sämtliche Tumormeldungen mit einer 9 oder fehlender Angabe an fünfter Stelle des ICD-10-GM-Codes gewertet (z.B. C50.9). Tumoren, bei denen eine solche Spezifizierung nicht vorgesehen ist (z.B. C65.9) wurden als spezifisch gewertet.

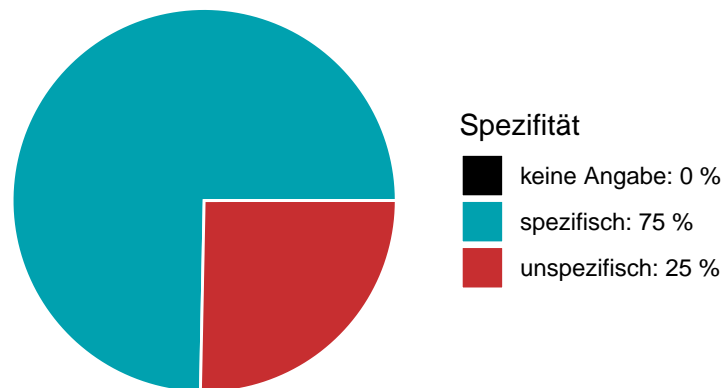


Abbildung 6: Verhältnis von spezifischen zu unspezifischen (X.9 oder fehlende Angabe an 5. Stelle) ICD-10-GM-Codes; Meldungseingang: 01.01.2022 - 31.12.2022

In Abbildung 7 geben wir Ihnen einen Überblick über die Vollständigkeit Ihrer Angaben in Therapiemeldungen. Dieser Punkt betrifft Sie nur, wenn Therapien zu Ihrem Leistungsspektrum zählen.

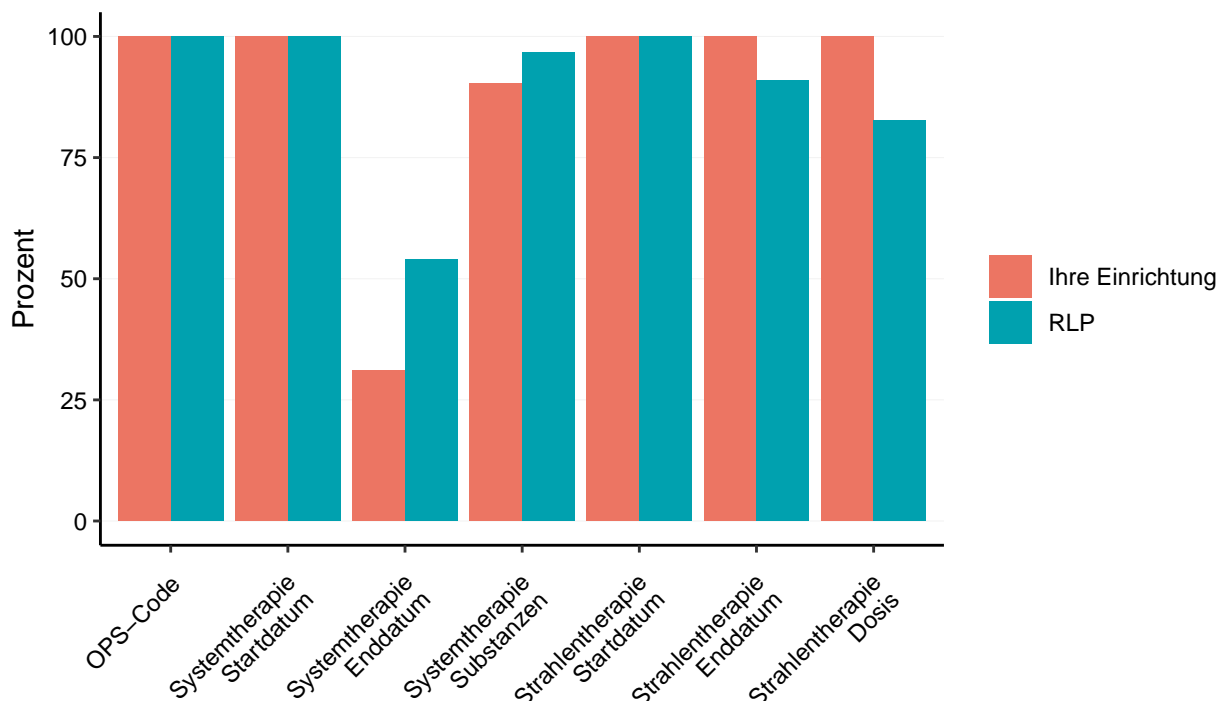


Abbildung 7: Vollständigkeit Ihrer Therapiemeldungen im Jahr 2022 bezüglich der aufgelisteten Felder im Vergleich zu Rheinland-Pfalz; Meldungseingang: 01.01.2022 - 31.12.2022

In Abbildung 8 geben wir Ihnen einen Überblick über Ihre Angaben in Verlaufsmeldungen. Dieser Punkt betrifft Sie nur, wenn Nachsorgeuntersuchungen zu Ihrem Leistungsspektrum zählen.

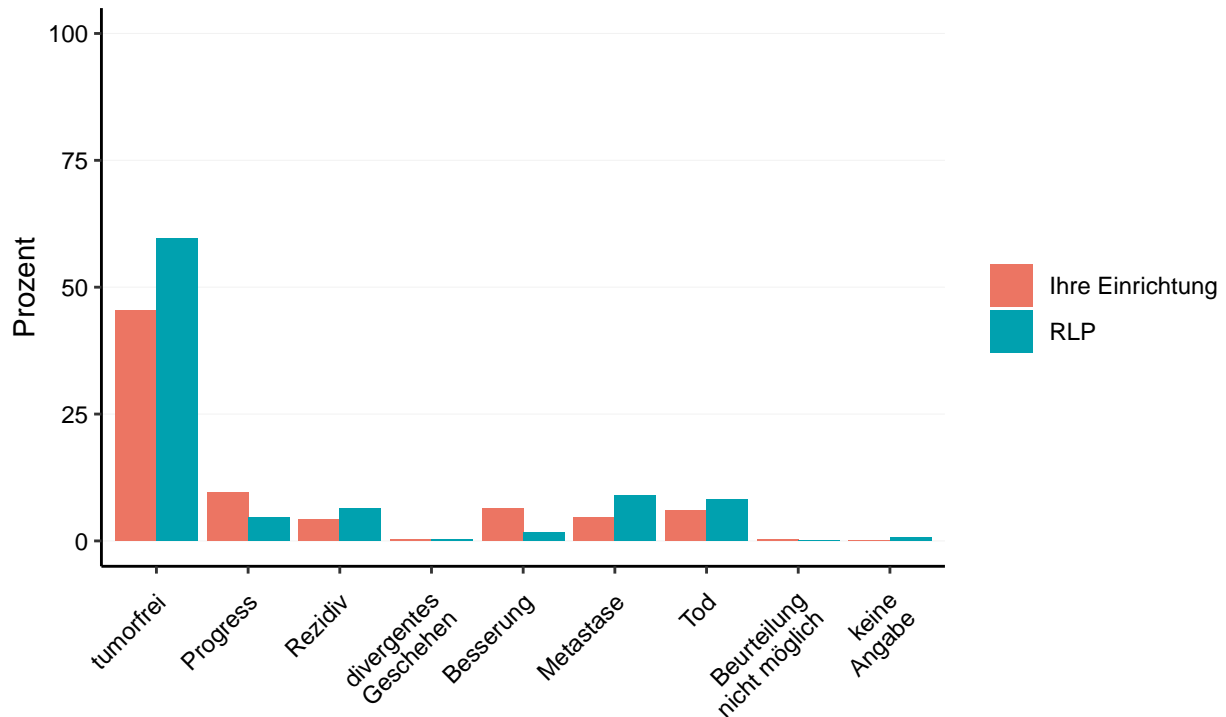


Abbildung 8: Angaben zu Ihren Verlaufsmeldungen im Jahr 2022 bezüglich der aufgelisteten Felder im Vergleich zu Rheinland-Pfalz; Meldungseingang: 01.01.2022 - 31.12.2022

Bitte beachten Sie, dass bei Tumorfreiheit in den ersten fünf Jahren nach Diagnose eine Verlaufsmeldung pro Jahr an uns gesendet werden soll. Zudem muss jede Statusänderung (Progress, Rezidiv, Metastase, Tod), auch über diese fünf Jahre hinaus, gemeldet werden.

IV. Qualitätsindikatoren

Ein Qualitätsindikator (QI) ist ein Werkzeug, mit dem die Qualität von Behandlungen in Form von Zahlenverhältnissen messbar gemacht werden kann. Mit Hilfe dieser kann die Versorgung der Patienten dargestellt und ggf. verbessert werden.

Klassischerweise werden Qualitätsindikatoren in den S3-Leitlinien definiert und beschrieben (Empfehlungen der Plattform §65c, Version 4.0, Aktualisierung 2017). Die Etablierung weiterer Qualitätsindikatoren durch beispielsweise das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens zu lokal begrenzten Prostatakarzinomen oder auch durch die Krebsregister (KR) ist jederzeit möglich.

Qualitätsindikatoren bieten nicht nur die Möglichkeit, die Qualität der Behandlung in einer einzelnen Einrichtung abzubilden, sondern auch Einrichtungen miteinander zu vergleichen. Im folgenden Abschnitt finden Sie erste Auswertungen zu einem solchen Einrichtungsvergleich. Ihre Einrichtung ist dabei jeweils farblich hervorgehoben, sofern der jeweilige Qualitätsindikator für Ihre Patienten berechnet werden konnte.

KR-Qualitätsindikator Tumorkonferenzen

Zähler: Alle Patientinnen und Patienten, zu denen eine Tumorkonferenz gemeldet wurde

Nenner: Alle Patientinnen und Patienten, zu denen von der jeweiligen Einrichtung im Meldungszeitraum 01.01.2022 - 31.12.2022 eigene Leistungen an das Krebsregister Rheinland-Pfalz gemeldet wurden

Ziel: Möglichst viele Patientinnen und Patienten werden in einer Tumorkonferenz vorgestellt

Tabelle 2: Ergebnis des KR-QI für Tumoren, zu denen Ihre Einrichtung bzw. RLP Gesamt im Meldungszeitraum 01.01.2022 - 31.12.2022 mindestens eine Meldung geschickt hat

	Ihre Einrichtung	RLP
Zähler	1	34.755
Nenner	219	94.556
QI	0%	37%

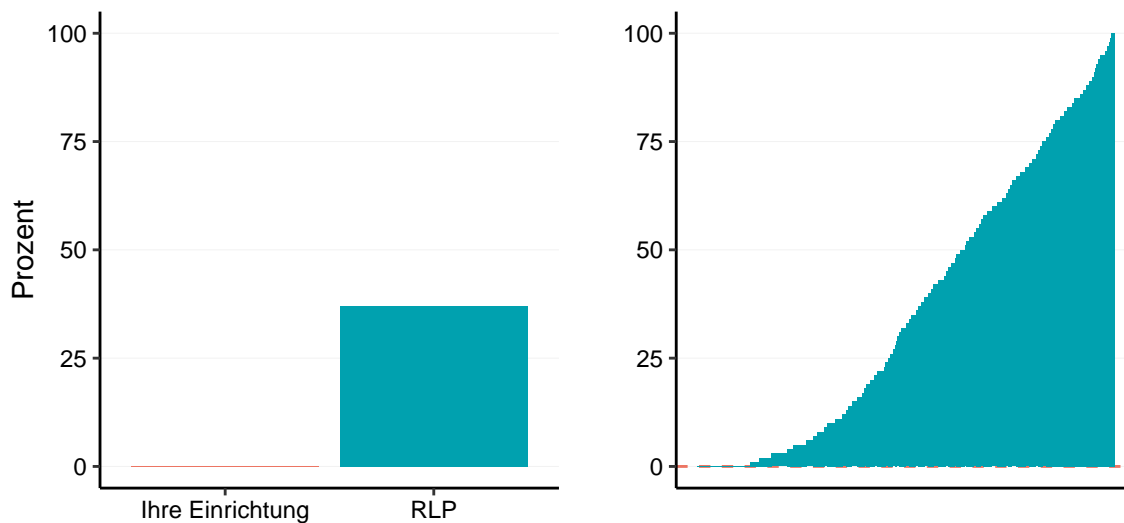


Abbildung 9: Vergleich des KR-QI der Patienten Ihrer Einrichtung mit RLP gesamt bzw. anderen Einrichtungen. Anzahl der Einrichtungen im Benchmarking: 790 Einrichtungen mit mindestens 1 Patienten, für den der QI berechenbar war. Meldungseingang: 01.01.2022 - 31.12.2022

IQTIG-QI 1.6

Zähler: Alle Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach radikaler Prostatektomie verstorben sind

Nenner: Alle Patienten mit lokalbegrenztem Prostatakarzinom und radikaler Prostatektomie

Ziel: Möglichst geringer Anteil

(Referenz: IQTIG - Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Lokal begrenztes Prostatakarzinom“ Indikatorenset 2021)

Tabelle 3: Ergebnis des IQTIG-QI 1.6 für Tumoren, zu denen Ihre Einrichtung bzw. RLP Gesamt im Meldungszeitraum 01.01.2022 - 31.12.2022 mindestens eine Meldung geschickt hat

	Ihre Einrichtung	RLP
Zähler	0	0
Nenner	22	1.895
IQTIG_QI_1.6	0%	0%

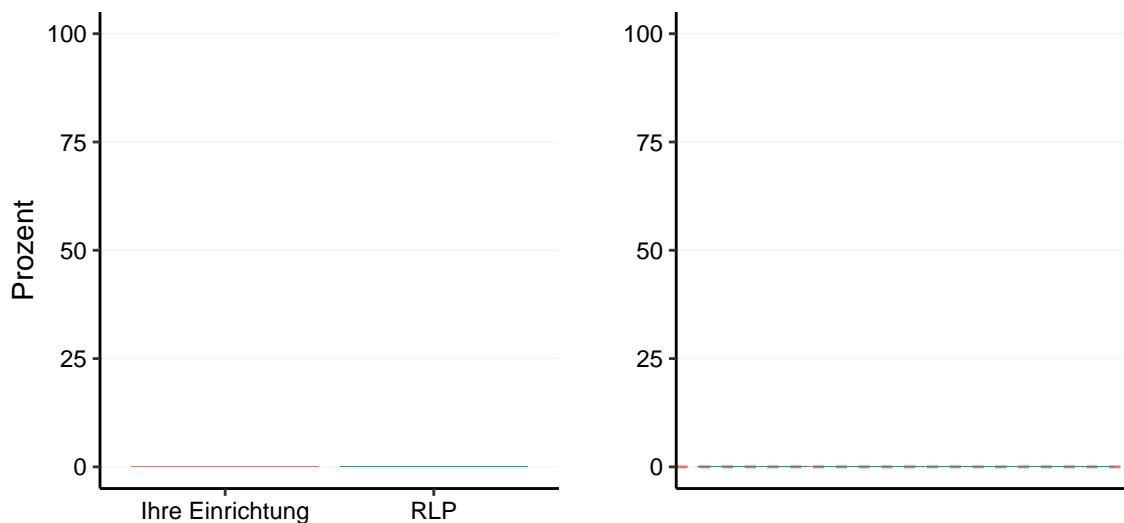


Abbildung 10: Vergleich des IQTIG-QI 1.6 der Patienten Ihrer Einrichtung mit RLP gesamt bzw. anderen Einrichtungen Ihrer Fachgruppe. Anzahl der Einrichtungen im Benchmarking: 86 Einrichtungen mit mindestens 1 Patienten, für den der QI berechenbar war. Meldungseingang: 01.01.2022 - 31.12.2022

IQTIG-QI 1.7

Zähler: Alle Patienten, die bei Beginn der perkutanen Strahlentherapie eine adjuvante hormonablativ Therapie erhalten haben

Nenner: Alle Patienten mit lokalbegrenztem Prostatakarzinom und hohem Risikoprofil (PSA-Wert > 20 ng/ml, klinisch T2c, Gleason-Score \geq 8) und perkutaner Strahlentherapie

Ziel: Möglichst häufig

(Referenz: IQTIG - Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Lokal begrenztes Prostatakarzinom“ Indikatorenset 2021)

Tabelle 4: Ergebnis des IQTIG-QI 1.7 für Tumoren, zu denen Ihre Einrichtung bzw. RLP Gesamt im Meldungszeitraum 01.01.2022 - 31.12.2022 mindestens eine Meldung geschickt hat

	Ihre Einrichtung	RLP
Zähler	6	414
Nenner	8	905
IQTIG_QI_1.7	75%	46%

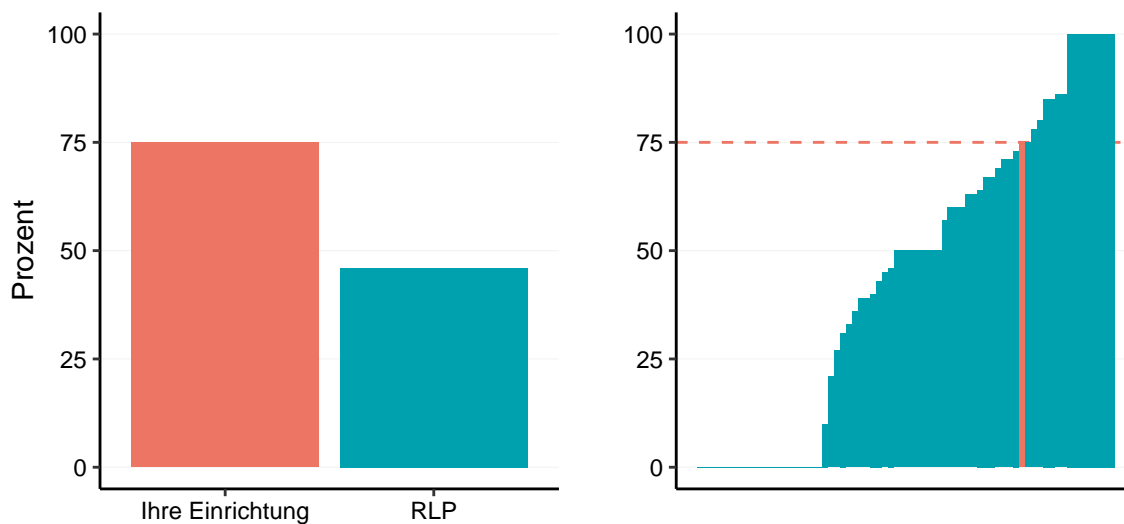


Abbildung 11: Vergleich des IQTIG-QI 1.7 der Patienten Ihrer Einrichtung mit RLP gesamt bzw. anderen Einrichtungen Ihrer Fachgruppe. Anzahl der Einrichtungen im Benchmarking: 70 Einrichtungen mit mindestens 1 Patienten, für den der QI berechenbar war. Meldungseingang: 01.01.2022 - 31.12.2022

IQTIG-QI 1.10

Zähler: Alle Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach Abschluss einer primären Strahlentherapie verstorben sind

Nenner: Alle Patienten mit lokalbegrenztem Prostatakarzinom und primärer Strahlentherapie (perkutane Strahlentherapie oder interstitielle Brachytherapie)

Ziel: Möglichst geringer Anteil

(Referenz: IQTIG - Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Lokal begrenztes Prostatakarzinom“ Indikatorenset 2021)

Tabelle 5: Ergebnis des IQTIG-QI 1.10 für Tumoren, zu denen Ihre Einrichtung bzw. RLP Gesamt im Meldungszeitraum 01.01.2022 - 31.12.2022 mindestens eine Meldung geschickt hat

	Ihre Einrichtung	RLP
Zähler	0	4
Nenner	21	1.837
IQTIG_QI_1.10	0%	0%

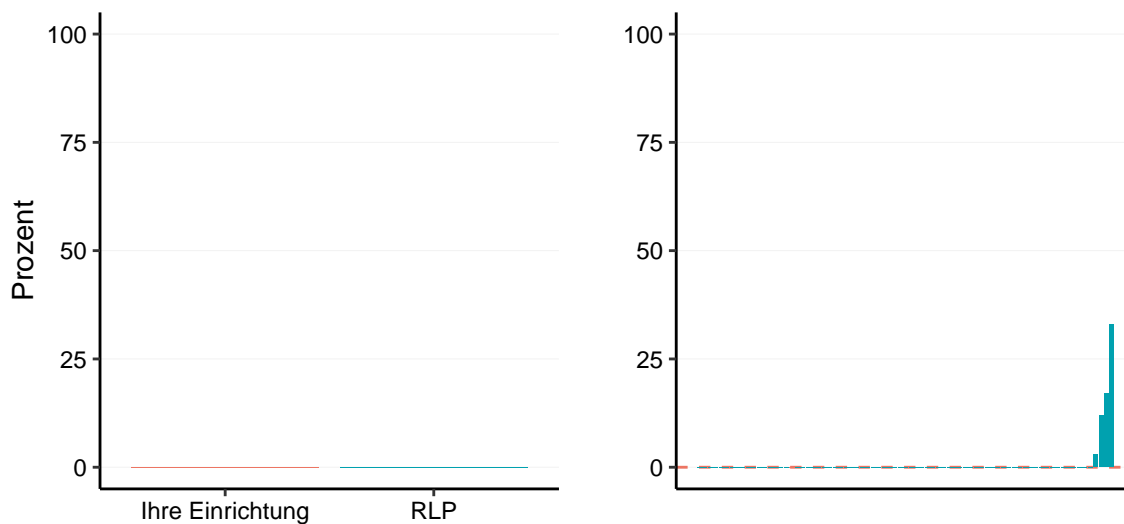


Abbildung 12: Vergleich des IQTIG-QI 1.10 der Patienten Ihrer Einrichtung mit RLP gesamt bzw. anderen Einrichtungen Ihrer Fachgruppe. Anzahl der Einrichtungen im Benchmarking: 77 Einrichtungen mit mindestens 1 Patienten, für den der QI berechenbar war. Meldungseingang: 01.01.2022 - 31.12.2022

IQTIG-QI 2.1

Zähler: Alle Patienten, die die Kriterien einer aktiven Überwachung erfüllen und mindestens 9 Monate unter aktiver Überwachung stehen

Nenner: Alle Patienten mit lokalbegrenztem Prostatakarzinom, die die Kriterien einer aktiven Überwachung erfüllen

Ziel: Möglichst häufig

(Referenz: IQTIG - Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Lokal begrenztes Prostatakarzinom“ Indikatorenset 2021)

Tabelle 6: Ergebnis des IQTIG-QI 2.1 für Tumoren, zu denen Ihre Einrichtung bzw. RLP Gesamt im Meldungszeitraum 01.01.2022 - 31.12.2022 mindestens eine Meldung geschickt hat

	Ihre Einrichtung	RLP
Zähler	3	60
Nenner	8	723
IQTIG_QI_2.1	38%	8%

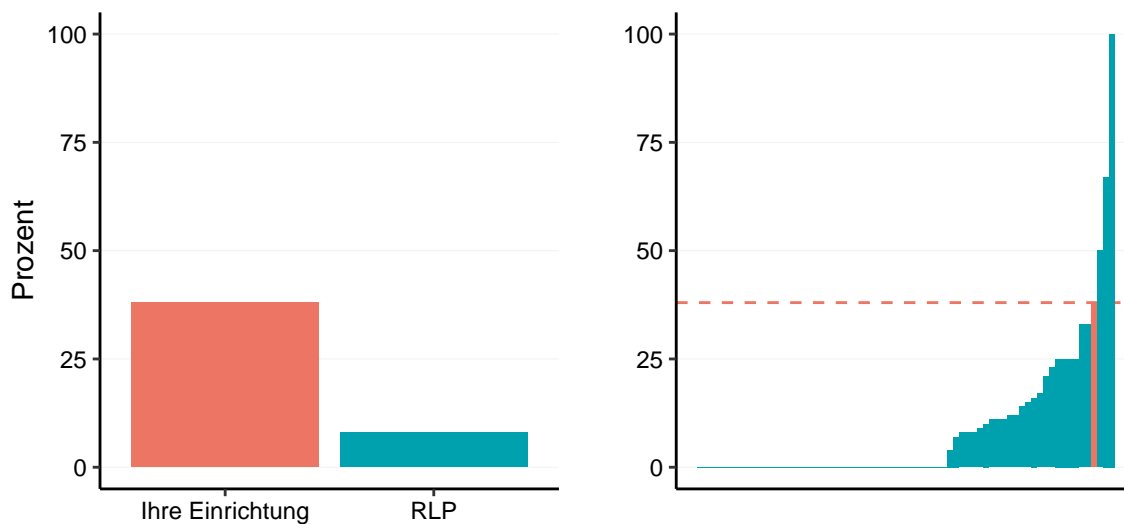


Abbildung 13: Vergleich des IQTIG-QI 2.1 der Patienten Ihrer Einrichtung mit RLP gesamt bzw. anderen Einrichtungen Ihrer Fachgruppe. Anzahl der Einrichtungen im Benchmarking: 70 Einrichtungen mit mindestens 1 Patienten, für den der QI berechenbar war. Meldungseingang: 01.01.2022 - 31.12.2022

Aktuelle Informationen finden Sie auch jederzeit
auf unserer Webseite unter www.krebsregister-rlp.de.

**Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung und
danken Ihnen für Ihre Unterstützung.**

DATEN
AUSWERTEN

FORSCHUNG
UNTERSTÜTZEN

KREBS
BEKÄMPFEN
