

Einladung zur Landesqualitätskonferenz 2026

am Mittwoch 24.06.2026, 16:30-18:30 Uhr

Programm

Grußwort

Ministerium für Justiz und Gesundheit

Aktuelles zur Krebsregistrierung

Mirja Wendelken (Vertrauensstelle)

Von Meldungen zum Auswertungsfall – der „KR-Best of“

Miriam Holzmann (Registerstelle)

Vom Register in die Versorgung: Charakteristika und Überleben bei synchroner Oligometastasierung des nicht kleinzelligen Lungenkrebses

Dr. Sophia Bertram (Strahlentherapie Hamburg Harburg/Bergedorf und Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck)

Kennzahlen zu metastasiertem Krebs in Schleswig-Holstein

Dr. Christiane Rudolph (Registerstelle)

Kaffeepause

Gemeldete Therapien im Krebsregister

Dr. Ron Pritzkeleit (Registerstelle)

Schlaglichter Organqualitätskonferenzen

Prof. Dr. Alexander Katalinic (Registerstelle)

Zusammenfassung und Fazit

Veranstaltungsort:

Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Esmarchstr. 2-4, 23795 Bad Segeberg

Die Teilnahme ist vor Ort oder im Livestream möglich.

Bitte melden Sie sich unter <https://www.krebsregister-sh.de/qkonferenzen> an.

Kontakt:

Institut für Krebs Epidemiologie e.V., Ratzeburger Alle 160, 23562 Lübeck

E-Mail: QK@krebsregister-sh.de , Tel. 0451 50052101



Wir sind vollzählig! *Oder doch nicht?*

Landes-Qualitätskonferenz, 24. Juni 2026

Mirja Wendelken



Vertrauensstelle
des Krebsregisters

BEI DER ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN

Bericht aus der Vertrauensstelle



Wie kann das Krebsregister an fehlende Meldungen gelangen?

- Individuelle Meldestellen-Mahnung
- Einsender-Mahnverfahren
- FollowBack-Verfahren

Warum ist das Einholen fehlender Meldungen wichtig?

- Vollständigkeit des Registers
- Vollständigkeit des Erkrankungsverlaufs
- Nur mit vollzähligen und vollständigen Daten lassen sich
 - verlässliche Aussagen über Krebshäufigkeiten treffen
 - regionale Häufungen erkennen
 - einrichtungsbezogene Auswertungen ausführen
 - Behandlungsstandards vergleich und verbessern
 - der tatsächliche Erfolg von Vorsorgeprogrammen belegen
 - die gesundheitspolitischen Planungen unterstützen
- . . .

Woher wissen wir, dass Meldungen fehlen?

3 Szenarien:

1. „Beobachtung“ der Nicht-Einhaltung der Meldefrist:



- Regelmäßig meldende Meldestellen melden längere Zeit gar nicht oder deutlich weniger oder deutlich außerhalb der Frist

2. Tumorbezogene Auswertungen (i.R. der Qualitätskonferenzen) weisen Tumore ohne Diagnose- und/oder Therapiemeldung aus



- a. Es gibt Fälle, die nur aus Pathologie-Meldungen bekannt sind
- b. Es gibt Fälle, zu denen Diagnose- (und Patho-) aber keine Therapie-Meldungen vorliegen

3. Messung der sog. DCN-Rate

- „death-certificate-notified“ = Fälle sind uns über eine Todesbescheinigung bekannt



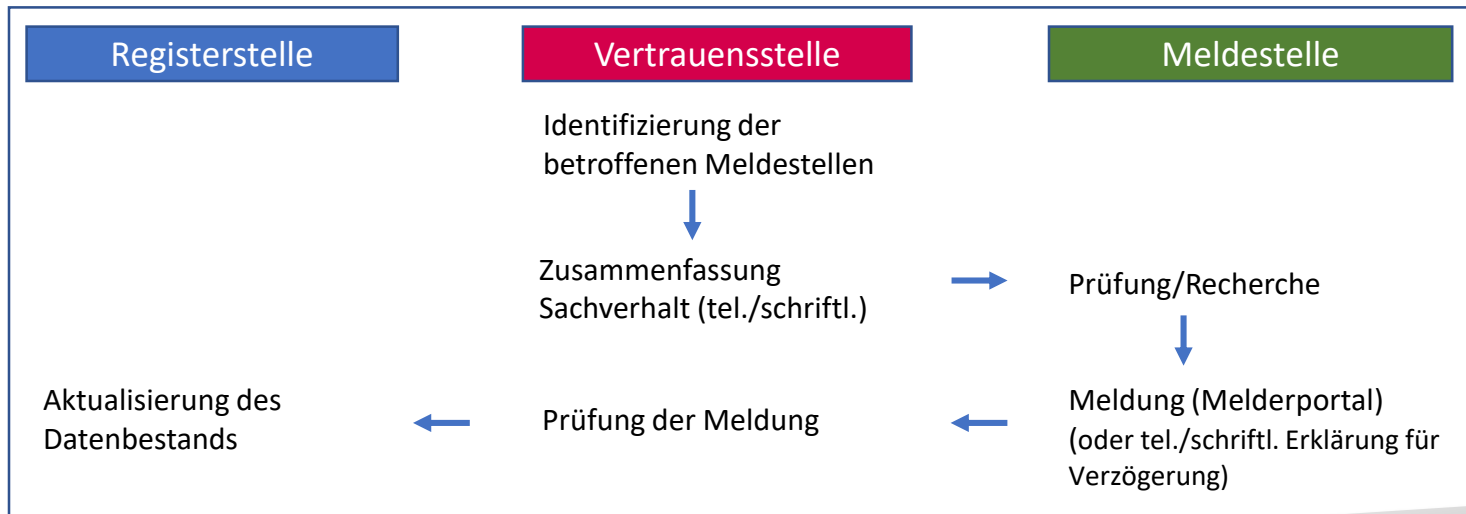
Individuelle Mahnung



Szenario 1: „Beobachtungen“ der Nicht-Einhaltung der Meldefrist:

- Regelmäßig meldende Meldestellen melden längere Zeit gar nicht oder deutlich weniger oder deutlich außerhalb der Frist
 - derzeit: 10. Werktag des Folgemonats; zukünftig: innerhalb von 6 Wochen

Individuelle Mahnung:



- Herausforderung: Nachweisbarkeit, dass tatsächlich Meldeanlässe bestanden hätten
- Zukünftig: Verstärkter Fokus auf die Einhaltung der Meldefrist

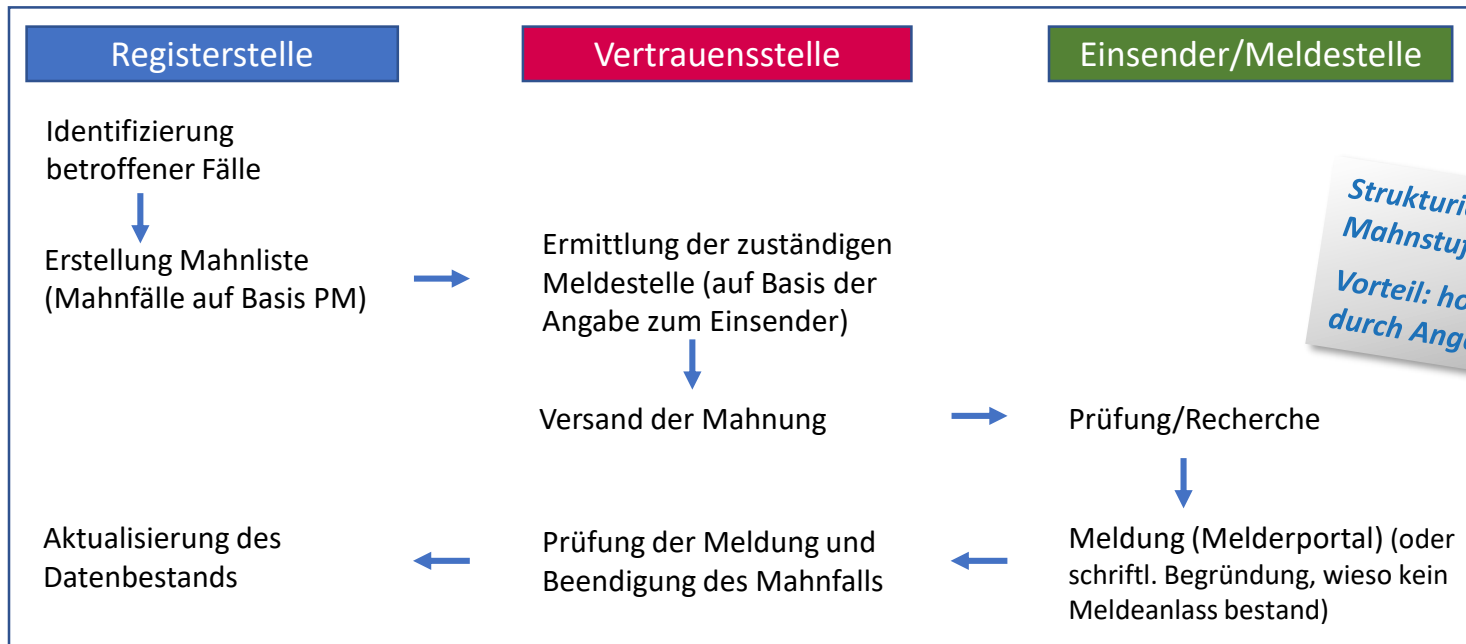
Einsender-Mahnverfahren

Szenario 2: Tumorbezogene Auswertungen weisen Tumore ohne Diagnose- und/oder Therapiemeldung aus

a. Es gibt Fälle, die nur aus Pathologie-Meldungen (PM) bekannt sind
=> Der Einsender der Probe hat keine Meldung zum Fall abgegeben



=> Einsender-Mahnverfahren:



Strukturiertes Verfahren mit 3 Mahnstufen
Vorteil: hohe „Beweislast“ durch Angabe des Einsenders

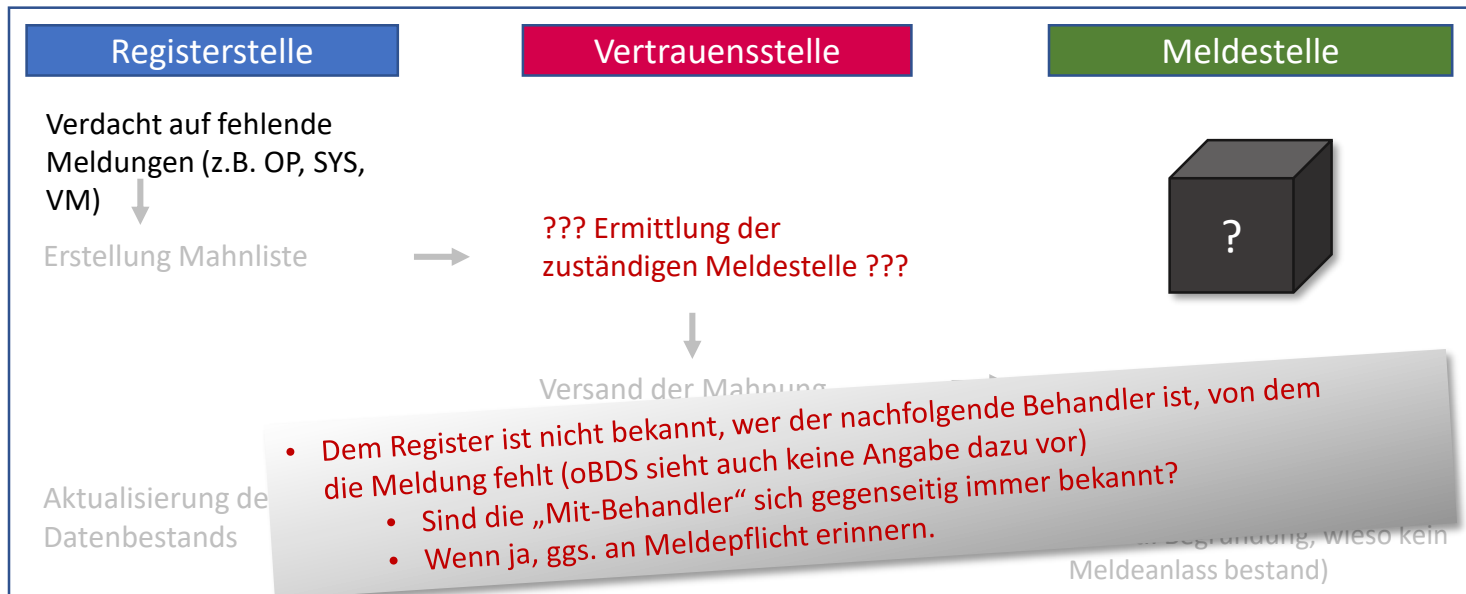
?Mahnverfahren?

Szenario 2: Tumorbezogene Auswertungen weisen Tumore ohne Diagnose- und/oder Therapiemeldung aus

b. Es gibt Fälle, zu denen Diagnose- (und Patho-) aber keine Therapie-Meldungen vorliegen (und/oder auch keine Verlaufsmeldungen)

=> v. a. System. Therapien fehlen und Strahlentherapien

=> *Bislang kein dezid. Verfahren*



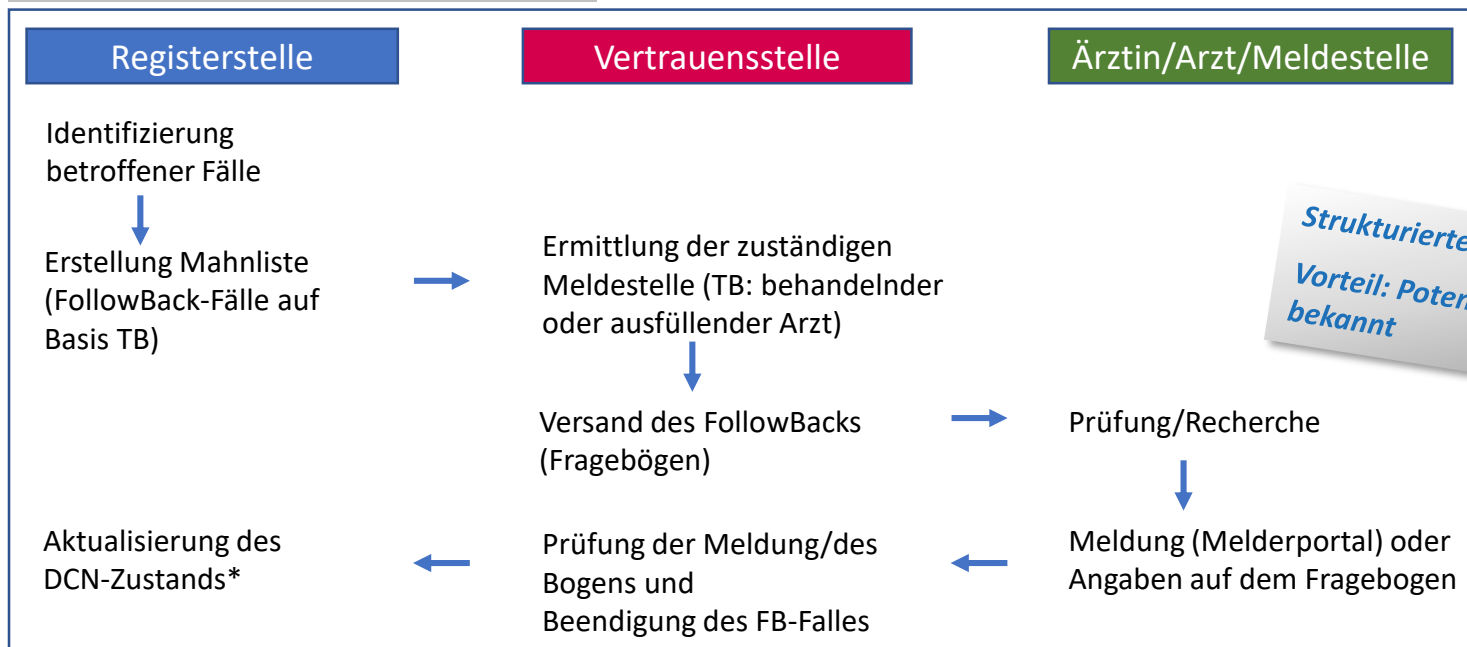
Follow-Back-Verfahren

Szenario 3: Messung der sog. DCN-Rate

- death-certificate-notified“ = Fälle, die dem KRSH nur über eine Todesbescheinigung (TB) bekannt sind (es liegen keine klinischen Meldungen zum Tumor vor)
 - Grundlage: Die SH-Gesundheitsämter übermitteln die SH-Todesfälle inkl. Kausalkette
 - Bei Hinweis auf Krebs wird die Todesbescheinigung im KR gespeichert



=> **Follow-Back-Verfahren:**



*Strukturiertes Verfahren
Vorteil: Potentieller Melder ist bekannt*

*Aus DCN-Krebsfall wird entweder a) „normaler“ Krebsfall (mit klin. Meldung) , oder b) DCO-Fall [Death certificate only] oder c) kein Krebsfall (Löschung)

Mahnverfahren – Fazit:

- Mahnverfahren sind ein wichtiges Tool zur Unterstützung der Vollzähligkeit und Vollständigkeit des Krebsregisters
- Erfolgsquoten: gut für alle drei etablierten Verfahren
 - „Letzte Konsequenzen“: Bei Nicht-Einhaltung der Meldepflicht bzw. Meldefrist droht
 - Berufsrechtliches Verfahren (§ 5 Abs. 4 Berufsordnung der ÄKSH)
 - Ordnungswidrigkeiten-Verfahren mit bis zu 50.000 € Geldstrafe (§ 21 Krebsregistergesetz SH)
- Bei Therapie-Meldungen wären Absprachen/Erinnerungen zwischen den Behandlern hilfreich



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

*Für Fragen stehen Ihnen Ihre Ansprechpartner*innen
der Vertrauensstelle gern zur Verfügung*

Tel. 04551 803 865

Von Meldungen zum Auswertungsfall – der „KR-Best-of“

Miriam Holzmann

Registerstelle des Krebsregisters Schleswig-Holstein

Institut für Krebsepidemiologie

Record Linkage (VS)

Zuordnung **Meldung – Patient**
anhand der Personendaten in den Krebsregister-Meldungen

Primärtumoranalyse (RS)

Zuordnung **Meldung – Tumor (Auswertungsfall)**
anhand folgender Variablen:

- Diagnose (ICD)
- Histologie, einschließlich Dignität (ICD-O-Morphologie)
- Art der Diagnosesicherung
- Lokalisation (ICD-O-Topographie)
- Seitenlokalisierung (bei paarigen Organen)
- Meldestellencode + Tumoridentifikator
- Diagnosedatum

Grundlage: Empfehlungen von IACR, ENCR u. 65c-Plattform, Kriterien zur Förderung klinischer Krebsregister des GKV-Spitzenverbandes

Primärtumoranalyse (RS)

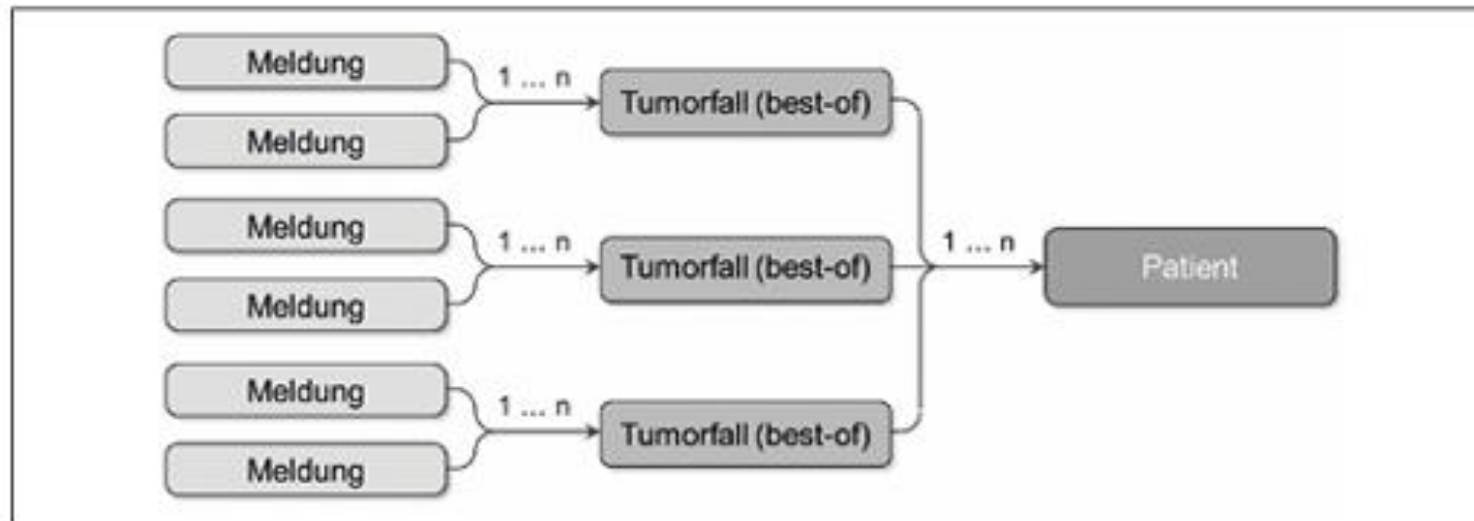


Abbildung 6-1. Datenmodell.

Primärtumoranalyse (RS)

Pat.	Me-ID	Meld-Typ	Diag-Dat	Diag.	Histo	Lok	Seite
1	1	DM	04.04.22	C50.4	8500/3	C50.4	L
1	2	TM(OP)	15.04.22	C50.9	8522/3		L
1	3	VM	18.01.18	C18.9	8246/3		T
1	4	PM	27.03.24	C18.7	8480/3	C18.7	T
1	5	PM	18.04.22	C50.4	8500/3	C50.4	R
1	6	TM(SY)	04.04.22	C50.9	8010/3		L
1	7	DM	05.03.24	C18.7	8140/3	C18.7	U
1	8	PM	16.03.26	C50.2	8500/3	C50.2	L
1	9	TM(SY)	01.07.24	C18.9	8140/3		T

Primärtumoranalyse (RS)

Pat.	Me-ID	Meld-Typ	Diag-Dat	Diag.	Histo	Lok	Seite
1	1	DM	04.04.22	C50.4	8500/3	C50.4	L
1	2	TM(OP)	15.04.22	C50.9	8522/3		L
1	3	VM	18.01.18	C18.9	8246/3		T
1	4	PM	27.03.24	C18.7	8480/3	C18.7	T
1	5	PM	18.04.22	C50.4	8500/3	C50.4	R
1	6	TM(SY)	04.04.22	C50.9	8010/3		L
1	7	DM	05.03.24	C18.7	8140/3	C18.7	U
1	8	PM	16.03.26	C50.2	8500/3	C50.2	L
1	9	TM(SY)	01.07.24	C18.9	8140/3		T

Tu.	Me-ID	Meld-Typ	Diag-Dat	Diag.	Histo	Lok	Seite
1	3	VM	18.01.18	C18.9	8246/3		T
2	1	DM	04.04.22	C50.4	8500/3	C50.4	L
2	6	TM(SY)	04.04.22	C50.9	8010/3		L
2	2	TM(OP)	15.04.22	C50.9	8522/3		L
2	8	PM	16.03.26	C50.2	8500/3	C50.2	L
3	5	PM	18.04.22	C50.4	8500/3	C50.4	R
4	7	DM	05.03.24	C18.7	8140/3	C18.7	U
4	4	PM	27.03.24	C18.7	8480/3	C18.7	T
4	9	TM(SY)	01.07.24	C18.9	8140/3		T

Best-of-Verfahren (RS)

Zusammenführen unterschiedlicher, teils widersprüchlicher Informationen aus Meldungen verschiedener Quellen und Meldeanlässe zu einem aussagekräftigen Auswertungsdatensatz

Bei der Erstellung des **Tumor-Best-of-Datensatzes** wird nach einem Regelwerk für jedes Merkmal die „beste“ Information zum Primärtumor (i.d.R. innerhalb von 3 Monaten ab Erstdiagnose) extrahiert. Die Meldungen selbst bleiben dabei unverändert.

Grundlage: Empfehlungen von IACR, ENCR u. 65c-Plattform

Tumor-Best-of (RS)

Beispiel 1

Melde- stelle	Meld.- Typ	Diag.-Dat.	Diag. (ICD)	Lok. (ICD-O)	Seite	Diag.- Sicherung	Histo.-Dat.	Histo	Grading	cTNM-Dat.	cTNM	cUICC.- Stad.	pTNM-Dat.	pTNM	pUICC- Stad.
1	DM	12.02.2025	C43.3	C44.3	R	7.1	12.02.2025	8720/3	T				12.02.2025	pT1aNXM0	
2	PM	14.02.2025	C43.9	C44.9	T	7	14.02.2025	8742/3	T				14.02.2025	pT1a	
1	TM(OP)	12.02.2025	C43.3		R		12.02.2025	8720/3	T				18.02.2025	pT1aNXM0	
3	TM(OP)	18.02.2025	C43.3		T		03.03.2025	8742/3	T				03.03.2025	pT1acN0cM0	
Best-of															

Tumor-Best-of (RS)

Beispiel 1

Melde- stelle	Meld.- Typ	Diag.-Dat.	Diag. (ICD)	Lok. (ICD-O)	Seite	Diag.- Sicherung	Histo.-Dat.	Histo	Grading	cTNM-Dat.	cTNM	cUICC.- Stad.	pTNM-Dat.	pTNM	pUICC- Stad.
1	DM	12.02.2025	C43.3	C44.3	R	7.1	12.02.2025	8720/3	T				12.02.2025	pT1aNXM0	
2	PM	14.02.2025	C43.9	C44.9	T	7	14.02.2025	8742/3	T				14.02.2025	pT1a	
1	TM(OP)	12.02.2025	C43.3		R		12.02.2025	8720/3	T				18.02.2025	pT1aNXM0	
3	TM(OP)	18.02.2025	C43.3		T		03.03.2025	8742/3	T				03.03.2025	pT1acN0cM0	
Best-of		12.02.2025	C43.3	C44.3	R	7.1	14.02.2025	8742/3	T				03.03.2025	pT1acN0cM0	IA

Tumor-Best-of (RS)

Beispiel 2

Melde- stelle	Meld.- Typ	Diag.-Dat.	Diag. (ICD)	Lok. (ICD-O)	Seite	Diag.- Sicherung	Histo.-Dat.	Histo	Grading	cTNM-Dat.	cTNM	cUICC.- Stad.	pTNM-Dat.	pTNM	pUICC- Stad.
1	TM(ST)	15.02.2024	C01		T										
1	TM(ST)	15.02.2024	C01		T										
2	VM	13.01.2024	C02.9		U			8010/3							
Best-of															

Tumor-Best-of (RS)

Beispiel 2

Melde- stelle	Meld.- Typ	Diag.-Dat.	Diag. (ICD)	Lok. (ICD-O)	Seite	Diag.- Sicherung	Histo.-Dat.	Histo	Grading	cTNM-Dat.	cTNM	cUICC.- Stad.	pTNM-Dat.	pTNM	pUICC- Stad.
1	TM(ST)	15.02.2024	C01		T										
1	TM(ST)	15.02.2024	C01		T										
2	VM	13.01.2024	C02.9		U			8010/3							
Best-of		13.01.2024	C01	C01.9	T	9		8010/3							

Tumor-Best-of (RS)

Beispiel 3

Melde- stelle	Meld.- Typ	Diag.-Dat.	Diag. (ICD)	Lok. (ICD-O)	Seite	Diag.- Sicherung	Histo.-Dat.	Histo	Grading	cTNM-Dat.	cTNM	cUICC.- Stad.	pTNM-Dat.	pTNM	pUICC- Stad.
1	DM	04.09.2018	C50.9	C50.9	R	7		8520/3	2	10.10.2018	T2N0				
2	PM	15.10.2018	C50.8	C50.8	R	7	15.10.2018	8500/3	2				15.10.2018	pT1pNX	
3	DM	02.11.2018	C50.2	C50.2	R	7		8500/3	2				02.11.2018	pT1c	
1	DM	26.07.2023	C50.4	C50.4	R	7	01.08.2023	8140/3					12.08.2023	pT2pN0M0	
4	PM	03.08.2023	C50.4	C50.4	R	7	03.08.2023	8520/3	3				03.08.2023	pT2pN0(sn)	
1	TM(OP)	26.07.2023	C50.4	C50.4	R		12.08.2023	8520/3	3				12.08.2023	pT2pN0	
Best-of															

Tumor-Best-of (RS)

Beispiel 3

Melde- stelle	Meld.- Typ	Diag.-Dat.	Diag. (ICD)	Lok. (ICD-O)	Seite	Diag.- Sicherung	Histo.-Dat.	Histo	Grading	cTNM-Dat.	cTNM	cUICC.- Stad.	pTNM-Dat.	pTNM	pUICC- Stad.
1	DM	04.09.2018	C50.9	C50.9	R	7		8520/3	2	10.10.2018	T2N0				
2	PM	15.10.2018	C50.8	C50.8	R	7	15.10.2018	8500/3	2				15.10.2018	pT1pNX	
3	DM	02.11.2018	C50.2	C50.2	R	7		8500/3	2				02.11.2018	pT1c	
1	DM	26.07.2023	C50.4	C50.4	R	7	01.08.2023	8140/3					12.08.2023	pT2pN0M0	
4	PM	03.08.2023	C50.4	C50.4	R	7	03.08.2023	8520/3	3				03.08.2023	pT2pN0(sn)	
1	TM(OP)	26.07.2023	C50.4	C50.4	R		12.08.2023	8520/3	3				12.08.2023	pT2pN0	
Best-of		04.09.2018	C50.2	C50.2	R	7	15.10.2018	8500/3	2	10.10.2018	T2N0	IIA	02.11.2018	pT1cN0	IA

Tumor-Best-of (RS)

Beispiel 4

Melde- stelle	Meld.- Typ	Diag.-Dat.	Diag. (ICD)	Lok. (ICD-O)	Seite	Diag.- Sicherung	Histo.-Dat.	Histo	Grading	cTNM-Dat.	cTNM	cUICC.- Stad.	pTNM-Dat.	pTNM	pUICC- Stad.
1	DM	24.01.2022	D09.0	C67.9	R	7	24.01.2022	8130/2	L	24.01.2022	Ta	0a			
2	PM	30.01.2022	D09.0	C67.2	T	7	30.01.2022	8130/2	2				30.01.2022	pTa	
3	TM(OP)	11.04.2022	C67.2		L										
4	DM	12.04.2022	C67.2		T	7	12.04.2022	8010/3					12.04.2022	pT2a	
5	DM	15.04.2022	C67.3	C67.3	T	7	19.04.2022	8120/3	3				19.04.2022	pT1cN0cM0	
Best-of															

Tumor-Best-of (RS)

Beispiel 4

Melde- stelle	Meld.- Typ	Diag.-Dat.	Diag. (ICD)	Lok. (ICD-O)	Seite	Diag.- Sicherung	Histo.-Dat.	Histo	Grading	cTNM-Dat.	cTNM	cUICC.- Stad.	pTNM-Dat.	pTNM	pUICC- Stad.
1	DM	24.01.2022	D09.0	C67.9	R	7	24.01.2022	8130/2	L	24.01.2022	Ta	0a			
2	PM	30.01.2022	D09.0	C67.2	T	7	30.01.2022	8130/2	2				30.01.2022	pTa	
3	TM(OP)	11.04.2022	C67.2		L										
4	DM	12.04.2022	C67.2		T	7	12.04.2022	8010/3					12.04.2022	pT2a	
5	DM	15.04.2022	C67.3	C67.3	T	7	19.04.2022	8120/3	3				19.04.2022	pT1cN0cM0	I
Best-of		24.01.2022	C67.9	C67.9	T		19.04.2022	8120/3	3	24.01.2022	Ta	0a	19.04.2022	pT2acN0cM0	II

Tumor-Best-of (RS)

Beispiel 5

Melde- stelle	Meld.- Typ	Diag.-Dat.	Diag. (ICD)	Lok. (ICD-O)	Seite	Diag.- Sicherung	Histo.-Dat.	Histo	Grading	cTNM-Dat.	cTNM	cUICC.- Stad.	pTNM-Dat.	pTNM	pUICC- Stad.
1	DM	07.08.2022	D46.9	C42.1	T	7.1	07.08.2022	9989/3	T						
1	TUK	07.08.2022	D46.9		T			9989/3							
2	PM	23.05.2024	C92.80	C42.1	T	7	23.05.2024	9895/3	U						
3	TUK	15.07.2024	C92.0		U										
Best-of															

Tumor-Best-of (RS)

Beispiel 5

Melde- stelle	Meld.- Typ	Diag.-Dat.	Diag. (ICD)	Lok. (ICD-O)	Seite	Diag.- Sicherung	Histo.-Dat.	Histo	Grading	cTNM-Dat.	cTNM	cUICC.- Stad.	pTNM-Dat.	pTNM	pUICC- Stad.
1	DM	07.08.2022	D46.9	C42.1	T	7.1	07.08.2022	9989/3	T						
1	TUK	07.08.2022	D46.9		T			9989/3							
2	PM	23.05.2024	C92.80	C42.1	T	7	23.05.2024	9895/3	U						
3	TUK	15.07.2024	C92.0		U										
Best-of		07.08.2022	D46.9	C42.1	T	7	07.08.2022	9989/3	T						

Landesqualitätskonferenz, 24.06.2026

Vom Register in die Versorgung:

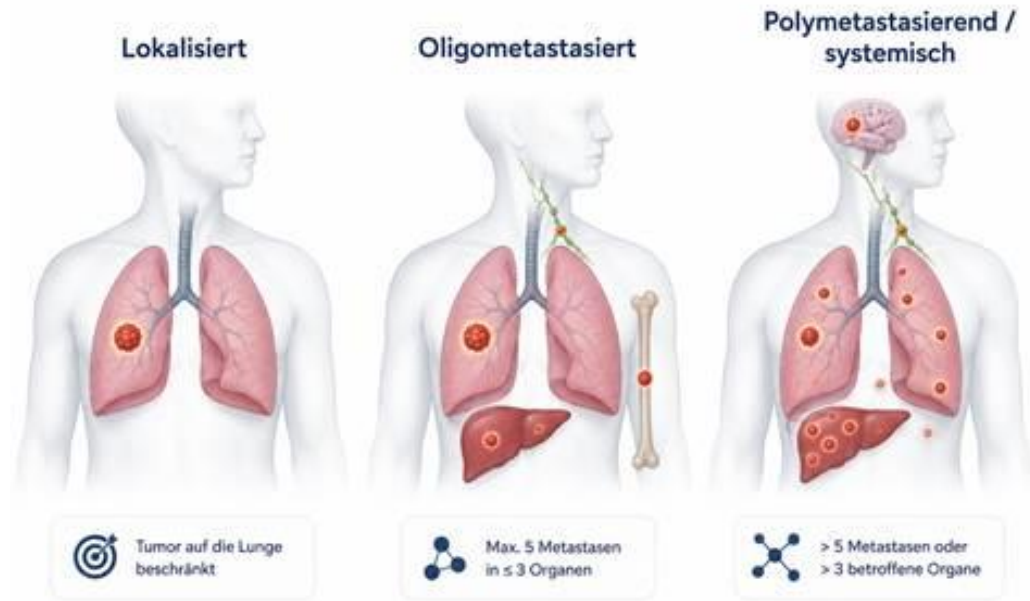
Charakteristika und Überleben bei synchroner Oligometastasierung
des nicht-kleinzelligen Lungenkrebses

Dr. med. Sophia Bertram

Gliederung

- Oligometastasierung: Evolution und Definition
- Forschung mit Krebsregisterdaten: Zentrale Ergebnisse
- Krebsregisterdaten: Stärken und Schwächen
- Zukunftspotentiale: Klinik und Dokumentation

Oligometastasierung: Was ist das überhaupt?



Bildquelle: Eigene Darstellung, erstellt mit OpenAI DALL·E (2026)

Die Evolution der Oligometastasierung

7. Auflage TNM (2010 - 2016)

M1a = intrathorakale Metastasierung
(kontralateraler Lungenherd,
Pleurakarzinose / Erguß)
M1b = extrathorakale
Fernmetastasen (Anzahl nicht
berücksichtigt)



Paradigmenwechsel 2016-2018

8. Auflage TNM (2017)

M1a = intrathorakale Metastasierung
M1b = solitäre extrathorakale
Fernmetastase
M1c = multiple extrathorakale
Metastasen in einem oder mehreren
Organen

Studien des Paradigmenwechsels

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Patientenanzahl	Metastasenlast Kollektiv
Gomez et al. 2016 (Langzeitdaten 2019)	- max. 3 Fernmetastasen - keine Progression unter 1st line Therapie (Chemo oder ALK-Inhibitor für 3 Monate)	Progress unter 1st line > 3 Metastasen symptomatische Hirnmetastasen	49 (25 LCT Arm und 24 Kontrollarm)	> 60% bei Randomisierung 0-1 aktive Metastase
Iyengar et al. 2018	- max. 6 Krankheitsherde (inklusive Primärtumor und mediastinale LK) - keine Progression unter 4-6 Zyklen Chemo (Platin-Douplet)	- Treibermutation - unkontrollierte oder unbehandelte intrakranielle Metastasen	29 (14 SBRT-Chemo und 15 Chemo)	Median 1-2 Metastasen
Palma et al. 2019 SABR COMET	- max. 1-5 Metastasen welche mittels SBRT sicher behandelbar sind	Nicht sichere Behandlung der Metastasen durch Bestrahlung	99 (Cave Mischkollektiv! 18,2% Lungenkarzinom)	46% Solitärmetastase

Clinical Practice Guideline (2023)

Practical Radiation Oncology® (2023) 13, 393–412



Clinical Practice Guideline

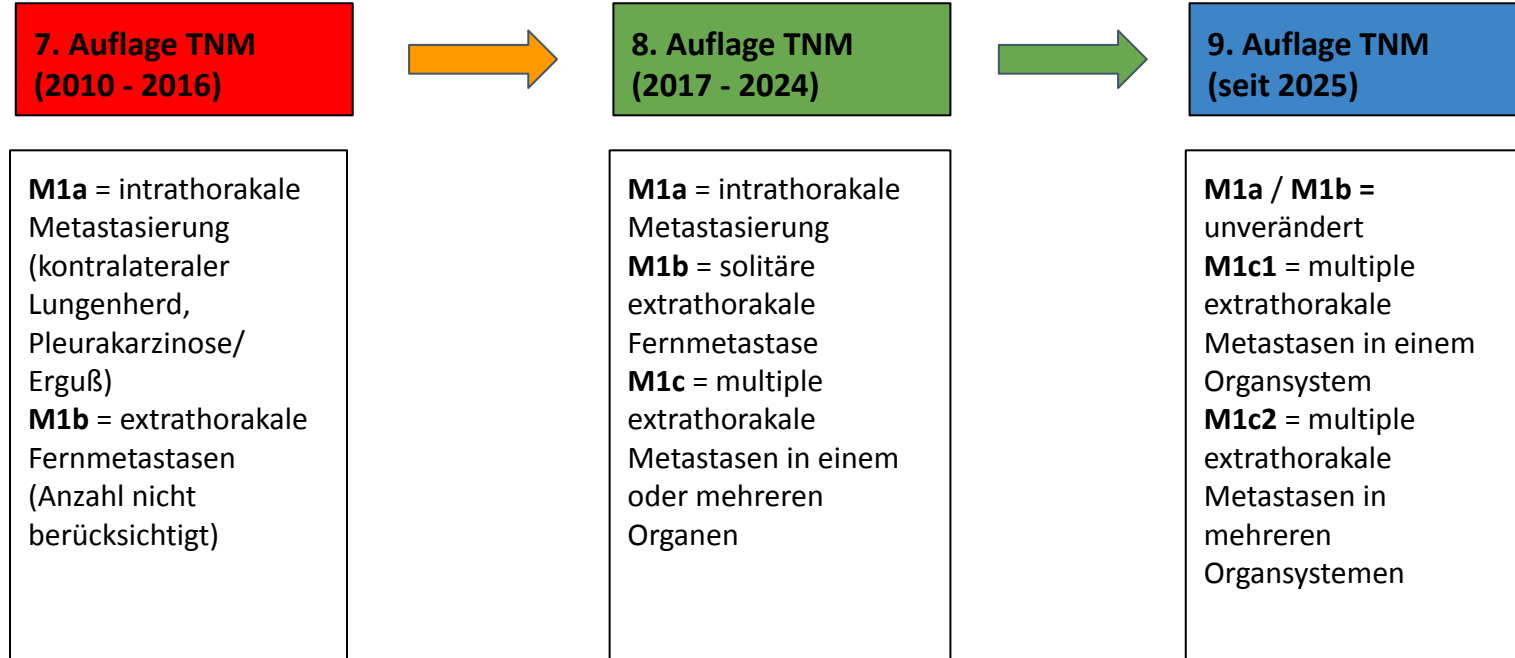
Treatment of Oligometastatic Non-Small Cell Lung Cancer: An ASTRO/ESTRO Clinical Practice Guideline



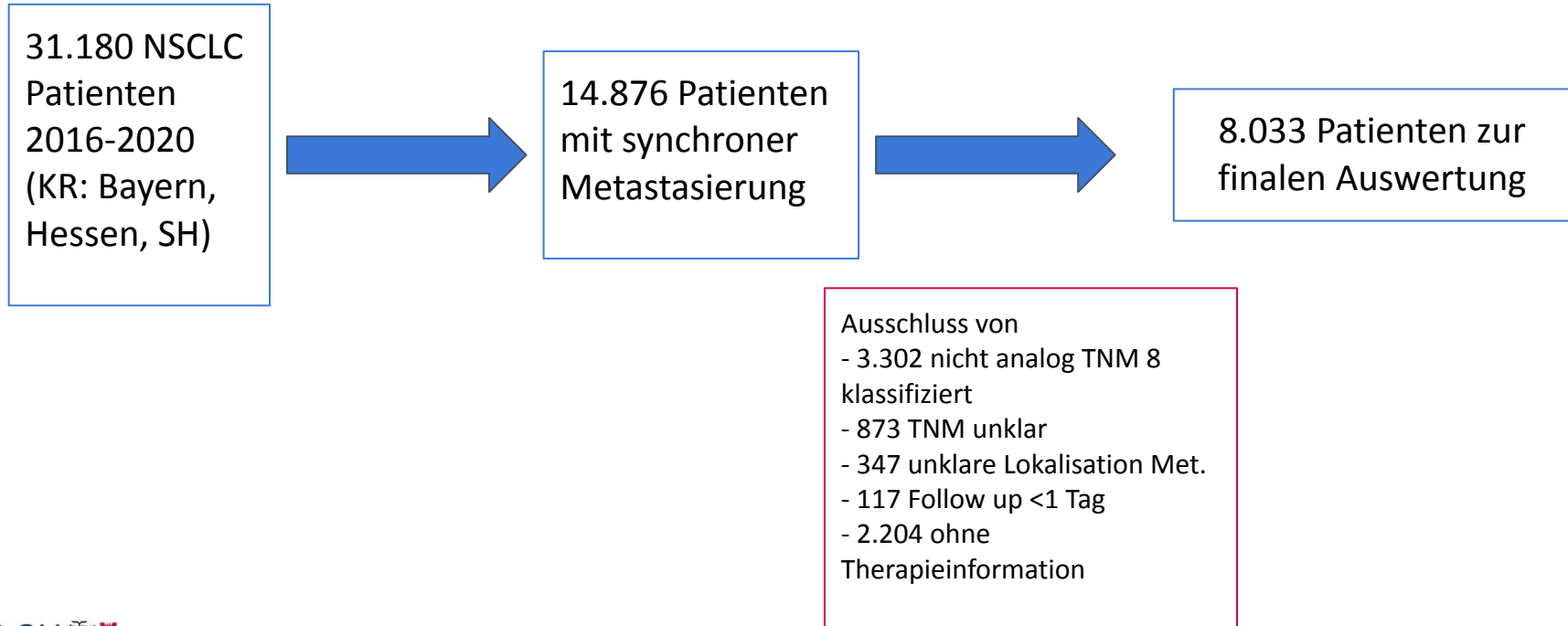
Puneeth Iyengar, MD, PhD,^{a,*} Sean All, MD,^a Mark F. Berry, MD,^b
Thomas P. Boike, MD,^c Lisa Bradfield, BA,^d Anne-Marie C. Dingemans, MD, PhD,^e
Jill Feldman, MA,^f Daniel R. Gomez, MD,^g Paul J. Hesketh, MD,^h
Salma K. Jabbour, MD,ⁱ Melenda Jeter, MD, MPH,^{j,†} Mirjana Josipovic, PhD,^k
Yolande Lievens, MD, PhD,^l Fiona McDonald, MD,^m Bradford A. Perez, MD,ⁿ
Umberto Ricardi, MD,^o Enrico Ruffini, MD,^p Dirk De Ruyscher, MD, PhD,^q
Hina Saeed, MD,^r Bryan J. Schneider, MD,^s Suresh Senan, MRCP, FRCR, PhD,^t
Joachim Widder, MD, PhD,^u and Matthias Guckenberger, MD^v

.

Die Evolution der Oligometastasierung



Forschung mit Krebsregisterdaten: Zentrale Ergebnisse



Forschung mit Krebsregisterdaten: Zentrale Ergebnisse

IT-LMS

= **M1a**
intrathorakale
Metastasierung
(kontralateraler
Lungenherd,
Pleurakarzinose/
Erguß)

n= 1.767

22%

ET-LMS

= **M1b**
solitäre
extrathorakale
Fernmetastase

n= 1.314

16,4%

LMOI

= **M1c**
limited
multi-organ
involvement
= /< 3 befallene
extrathorakale
Organsysteme

n= 4.196

52,2%

EMOI

= **M1c**
extensive
multi-organ
involvement
> 3 befallene
extrathorakale
Organsysteme

n= 756

9,4%

Forschung mit Krebsregisterdaten: Zentrale Ergebnisse

IT-LMS

- Häufigste
Metastasenlok.:
PLE (54%), PUL
(49%)

ET-LMS

- Häufigste
Metastasenlok.:
OSS, BRA, ADR

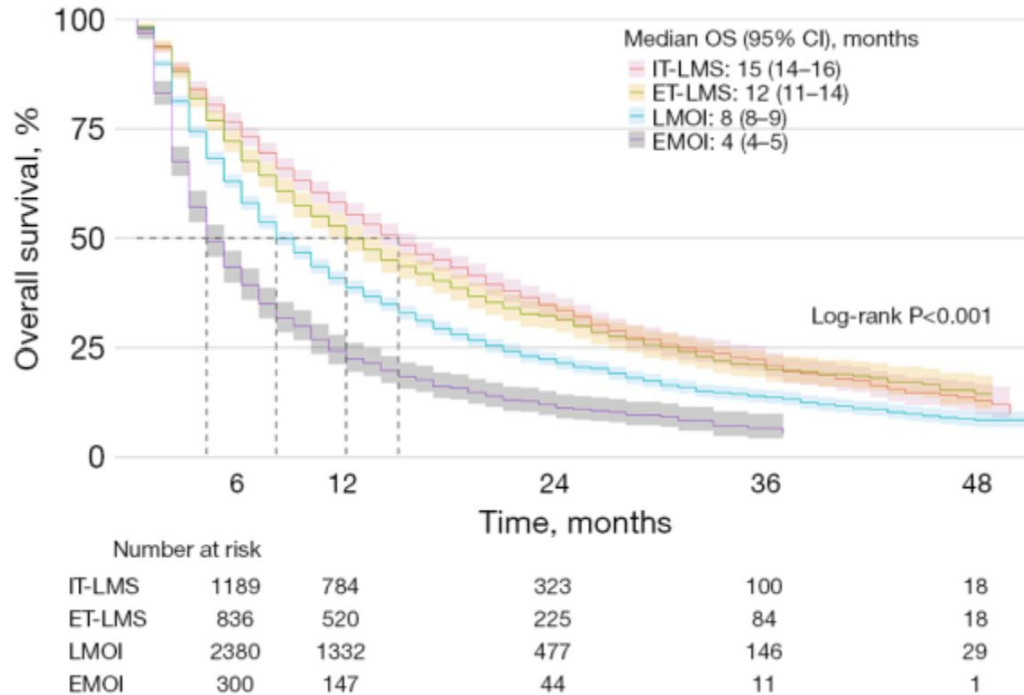
LMOI

- Häufigste
Metastasenlok.:
OSS, BRA, PUL

EMOI

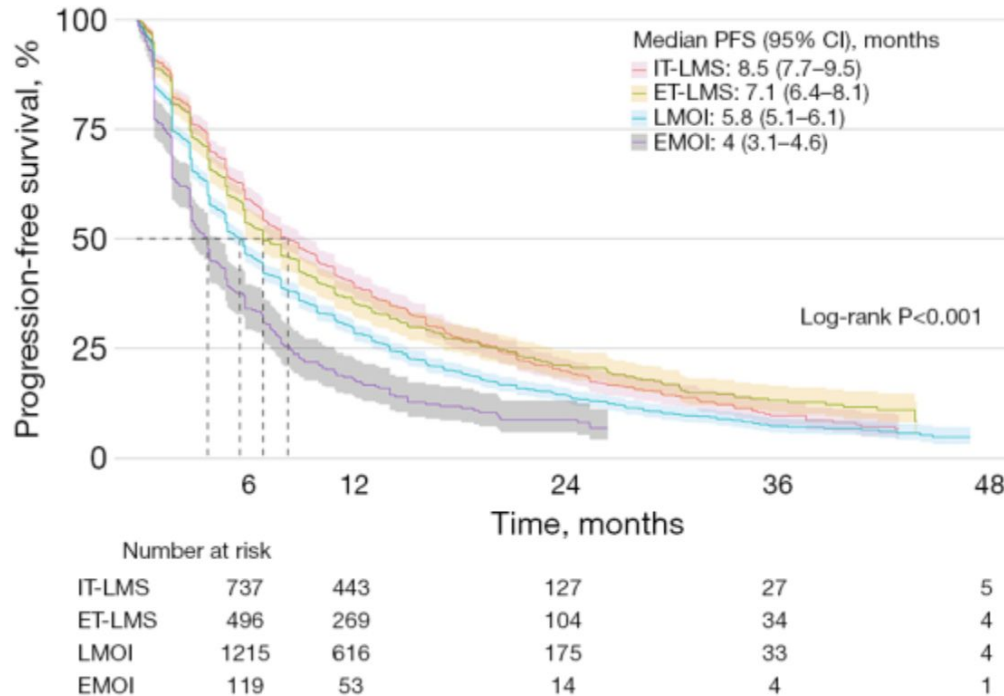
- **jünger**
(64 vs. 66 - 70 J.)
- **mehr Frauen**
(45% vs. 40%)
- **mehr**
Adenokarzinome
(84% vs. 72%)
- **mehr N3**
(38% vs. 23%)
- Häufigste
Metastasenlok.:
OSS, HEP, PUL

Forschung mit Krebsregisterdaten: Zentrale Ergebnisse



- Gesamtüberleben (OS) nach Kaplan- Meier- Methode
- Kurven werden bei $n < 10$ nicht mehr dargestellt

Forschung mit Krebsregisterdaten: Zentrale Ergebnisse



- Progressionsfreies Überleben (PFS) nach Kaplan- Meier-Methode und Analyse mit Landmarkansatz, d.h. Indexdatum = 93 Tage; bis dahin durfte kein PFS Ereignis (Progress, Rezidiv, Metastasen im Verlauf, Tod) oder Zensierung (zu kurze Nachbeobachtungszeit aufgetreten sein

- Kurven werden bei $n < 10$ nicht mehr dargestellt

Krebsregisterdaten: Stärken und Schwächen

Stärken

- Repräsentativität
- keine restriktiven Einschlusskriterien
- systematische und standardisierte Erfassung (ICD-10, ICD-O-3, Vitalstatus etc)
- Langzeit-Follow-up theoretisch möglich

Potentiale

- keine Erfassung von klinischen Variablen (Komorbiditäten, Raucherstatus, sozioökonomischer Status)
- fehlende molekulare Details
- ECOG Angabe fehlt bei 50%

Schwächen

- Datenlatenz zwischen Diagnosezeitpunkt und Verfügbarkeit der Daten für die Forschung
- Beobachtungsdaten → Kausalitätsnachweis erschwert

Zukunftspotentiale: Klinik und Dokumentation

Klinik

- Noch differenziertere Subklassifikation der Oligometastasierung im Bereich der M1c Gruppe
- Berücksichtigung der LMOI / EMOI Gruppe in der Therapiestrategie

Dokumentation

- zeitnahe Überführung studienrelevanter Parameter in die Krebsregistrierung
- Dokumentation der Metastasenanzahl pro befallenen Organsystem
- Erfassung von klinischen Variablen (Komorbiditäten, Raucherstatus, sozioökonomischer Status)
- Erfassung molekularer Details

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Landesqualitätskonferenz, 24.06.2026

Kennzahlen zu metastasiertem Krebs in Schleswig-Holstein

Dr. Christiane Rudolph

Methoden

- Daten des Krebsregisters Schleswig-Holstein
- Zeitraum 2016-2024
- Behandlungsortbezogene Auswertung, eingeschränkt auf Personen mit Wohnsitz in Schleswig-Holstein – iBOB:
<https://www.krebsregister-sh.de/iBOB/>
- Vergleichsdaten aus anderen Bundesländern mit iBOB – Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen

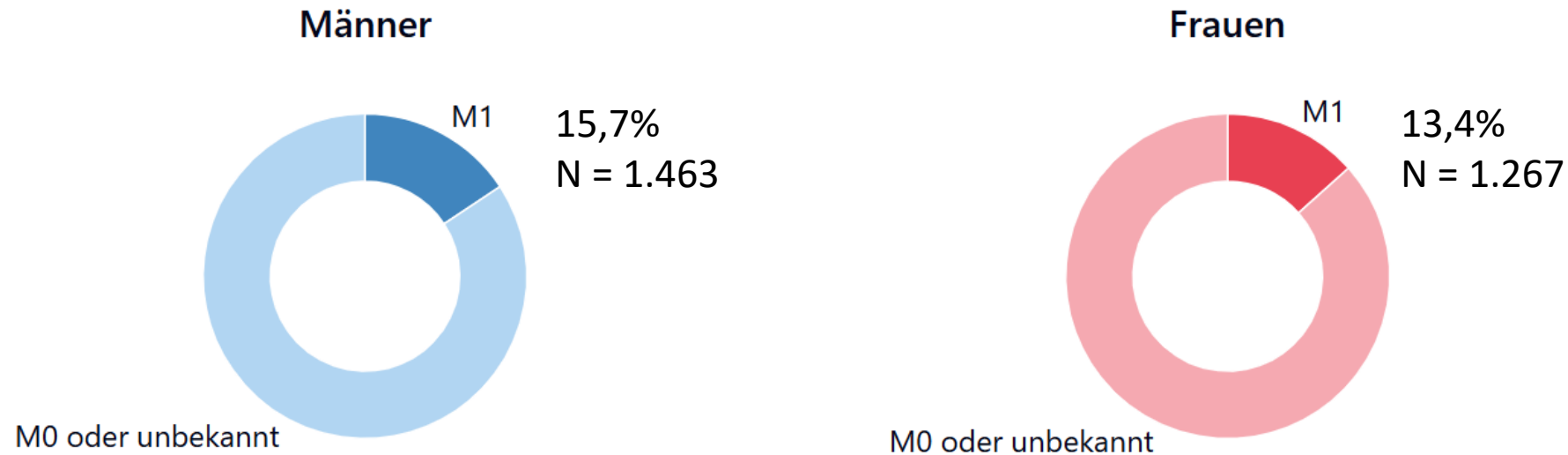
Fallzahlen in Schleswig-Holstein – iBOB 2024

- In Schleswig-Holstein onkologisch versorgte Personen:
 - Männer: 10.081
 - Frauen: 10.199

Gesamt: 20.280
- In Schleswig-Holstein onkologisch versorgte UND wohnhafte Personen:
 - Männer: 9.302
 - Frauen: 9.486

Gesamt: 18.788

Metastasierung bei Diagnose – Krebs gesamt 2024



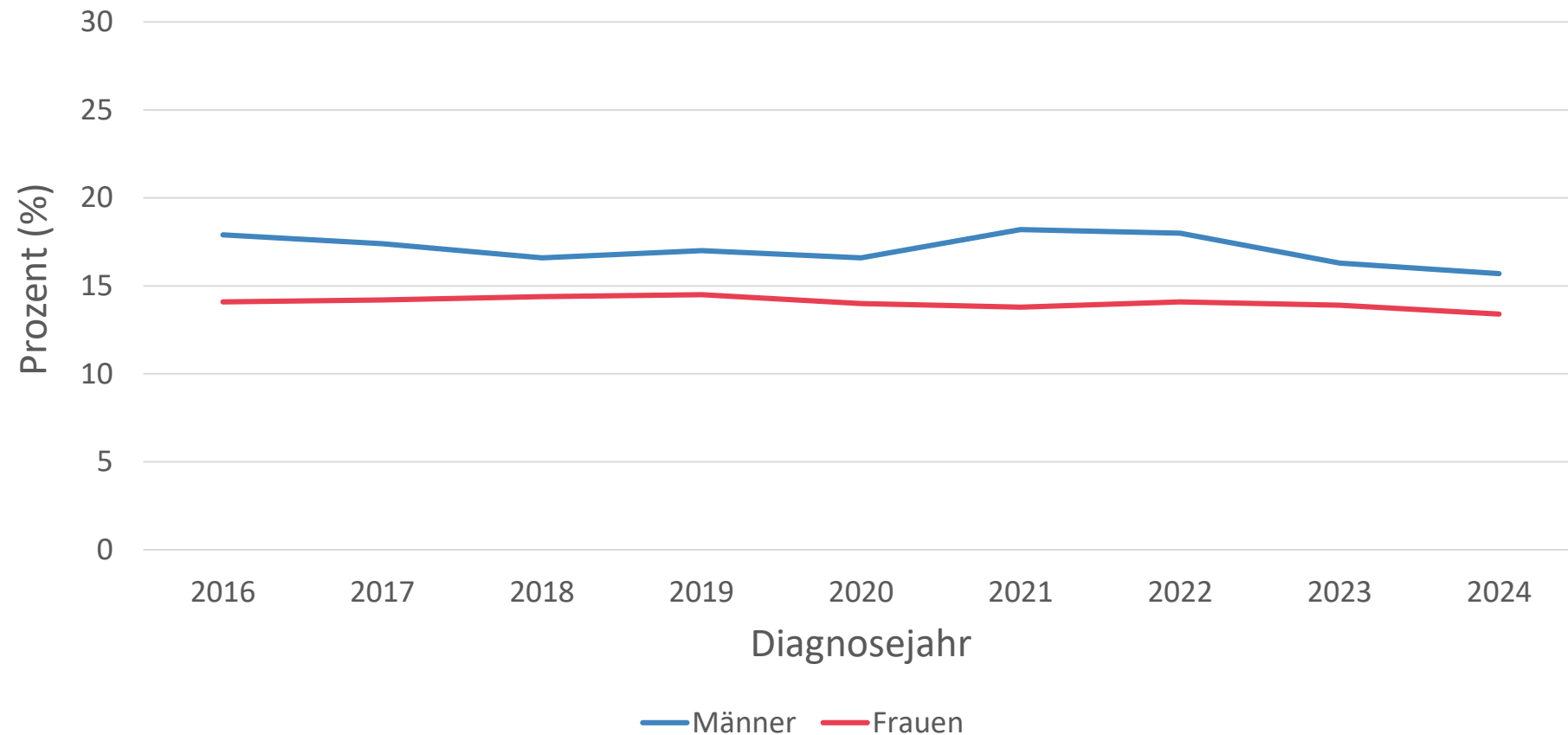
Vergleich mit anderen Bundesländern (Behandlungsort, Einschluss „Landeskinder“):

Hamburg (2024) – Männer 17,1%; Frauen 13,6%

Niedersachsen (2023) – Männer 15,0%; Frauen 12,5%

Nordrhein-Westfalen (2023) – Männer 13,6 %; Frauen 11,8%

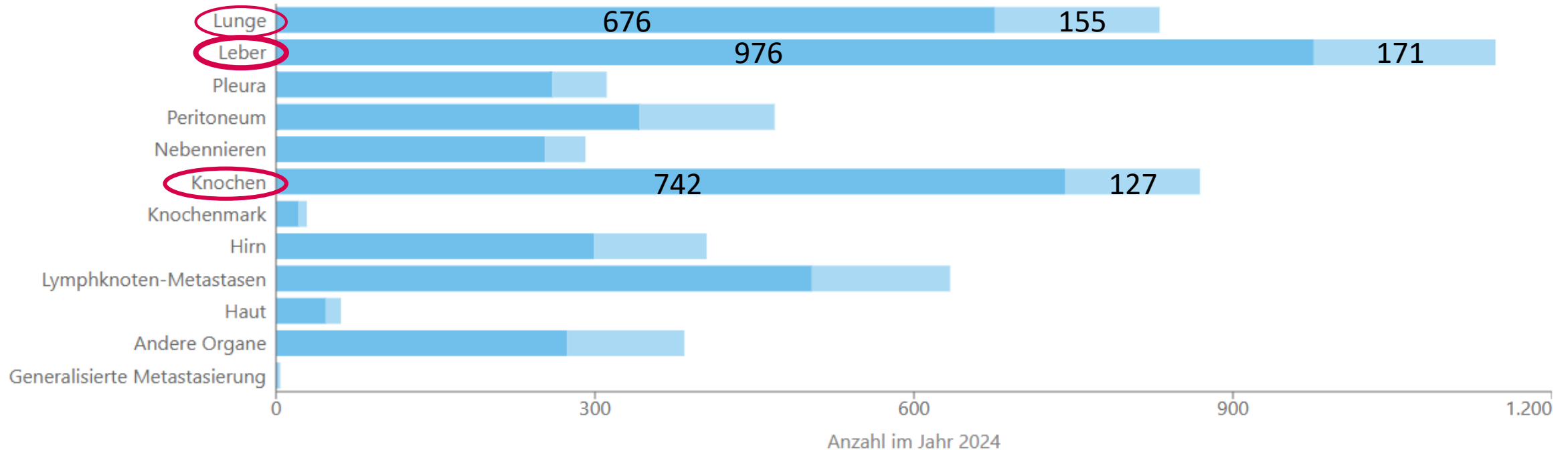
Metastasierung bei Diagnose – zeitlicher Verlauf



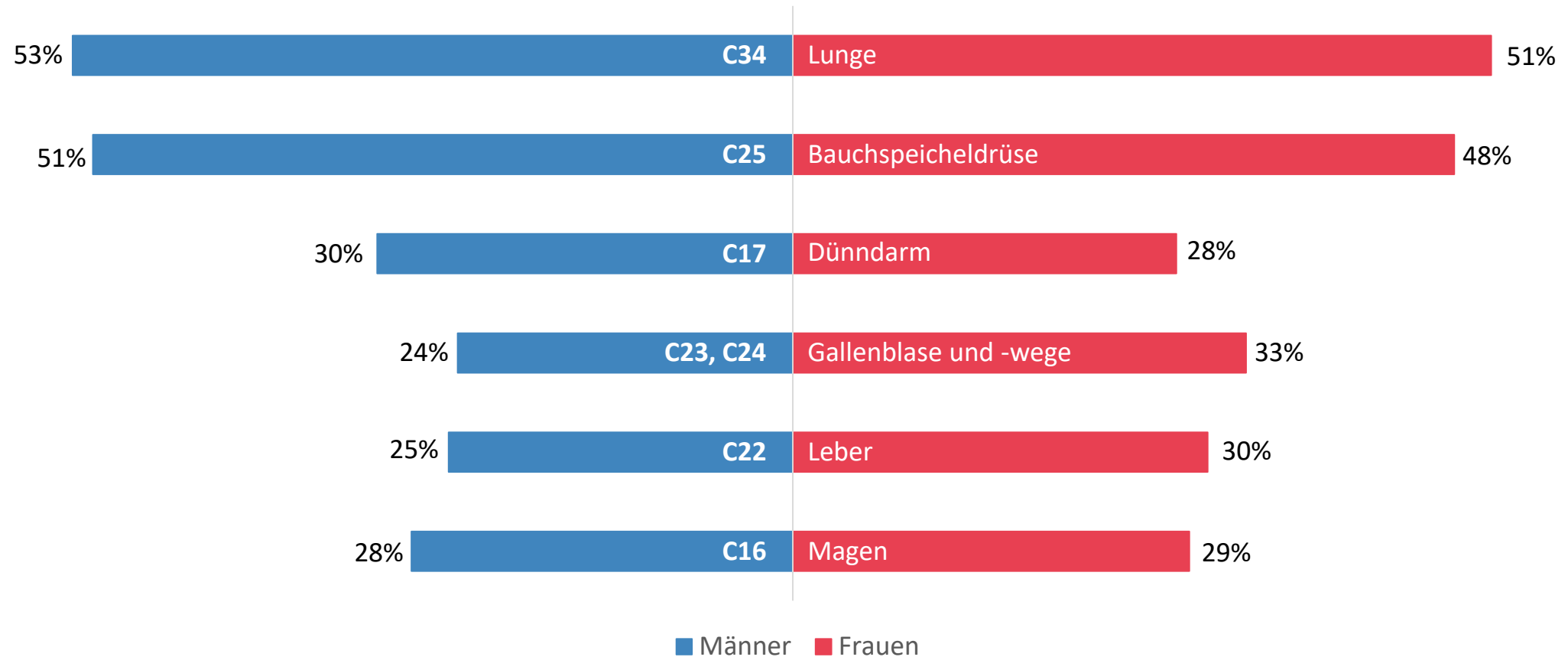
Lokalisation von Metastasen bei Diagnose 2024

Erkrankungsfälle mit Metastasierung bei Diagnose

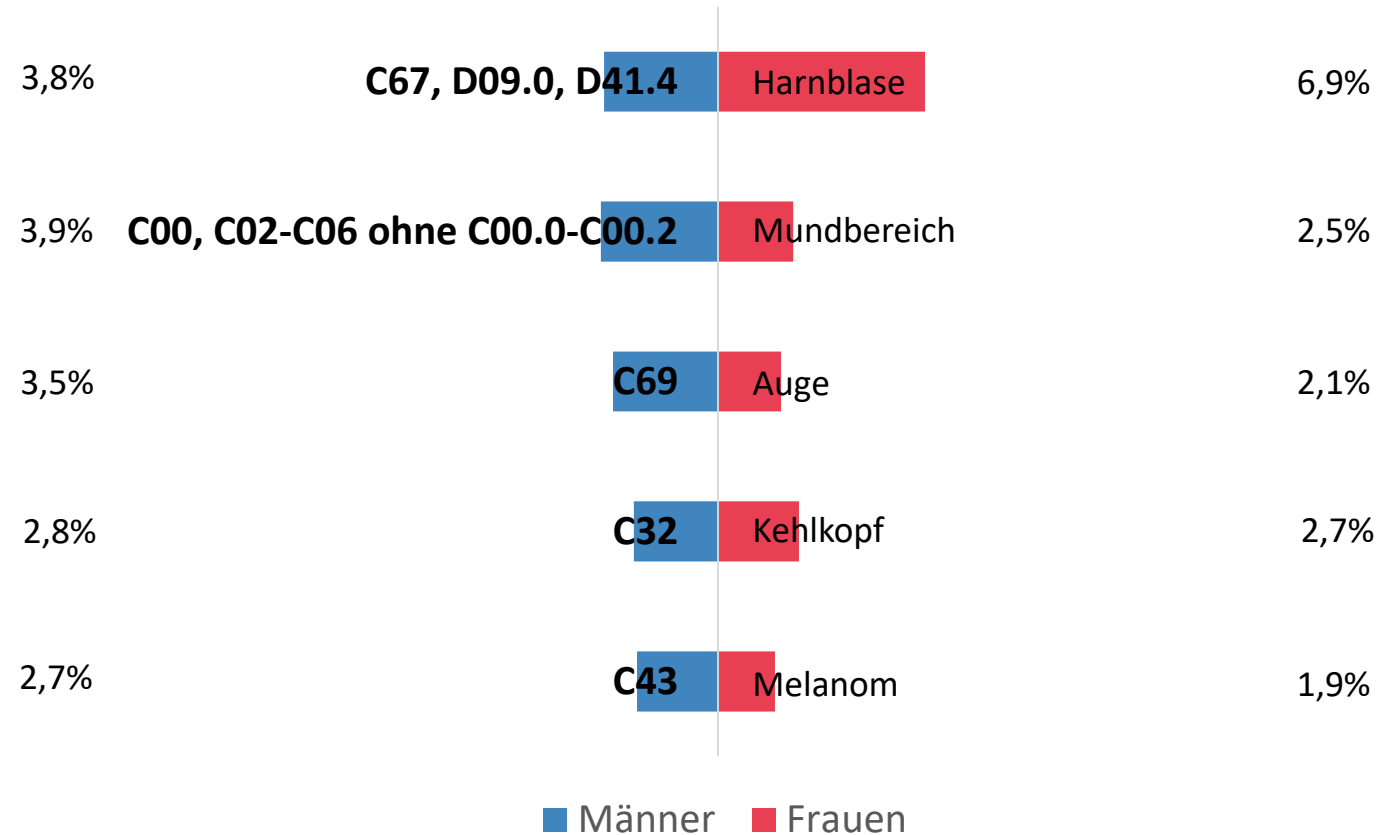
■ bei Diagnose ■ im Verlauf



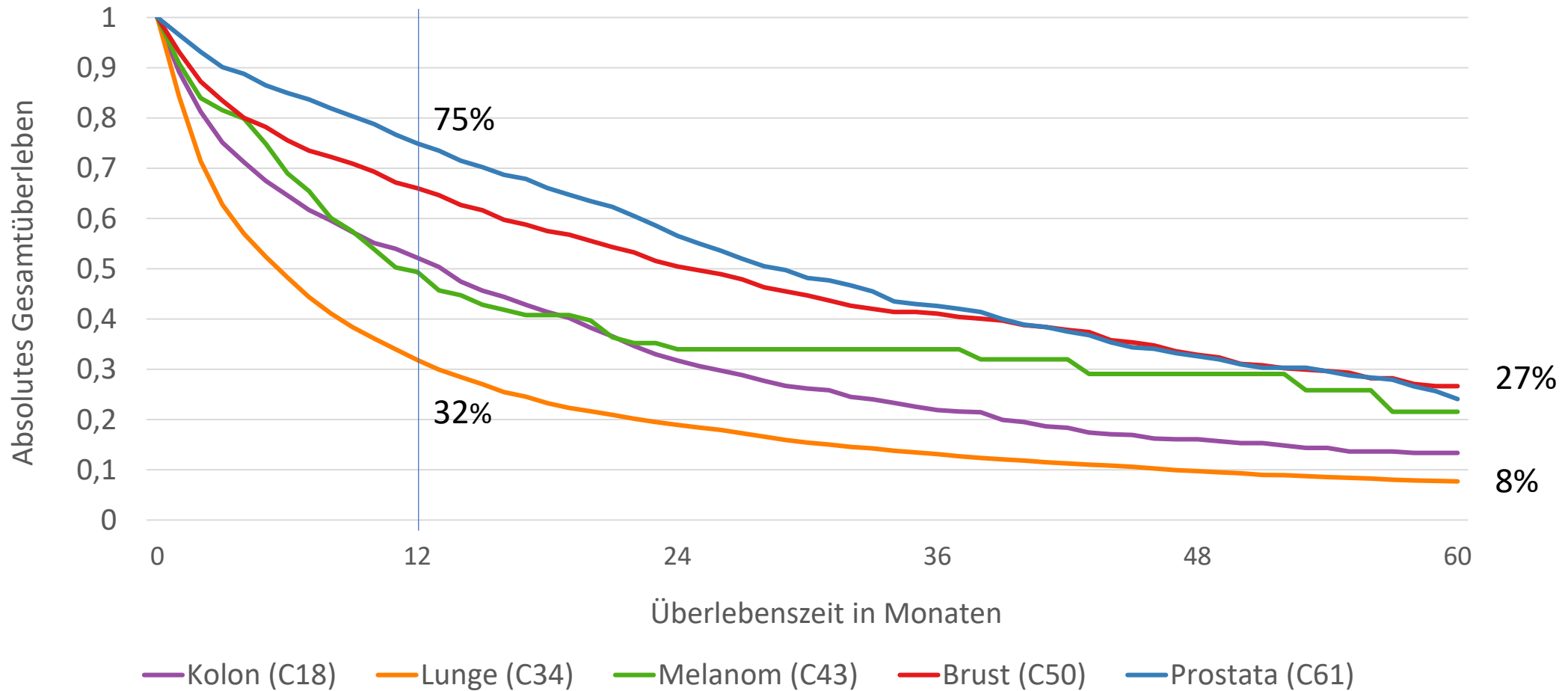
Entitäten mit häufigster de novo Metastasierung (dnM)



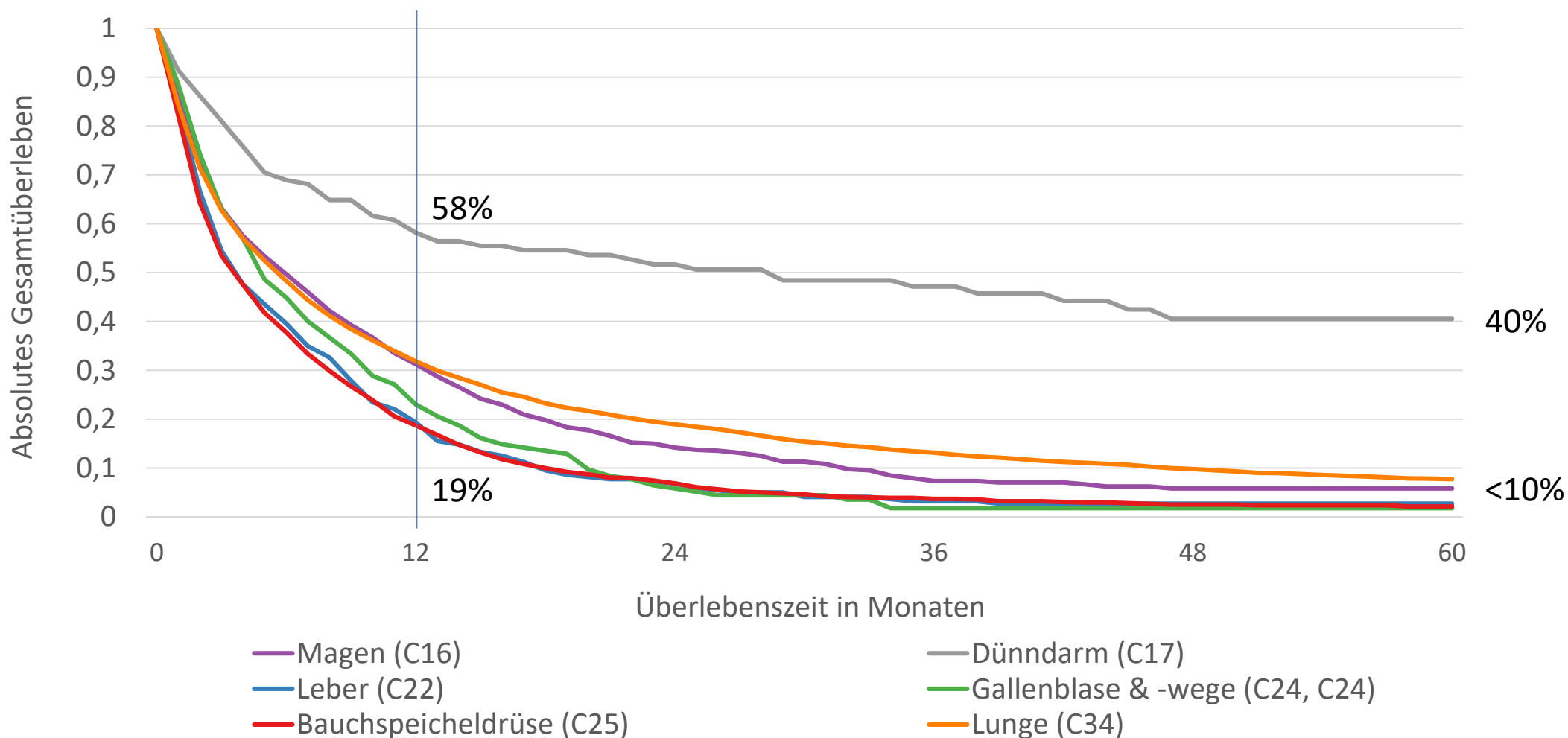
Entitäten mit seltenster de novo Metastasierung (dnM)



Überleben mit dnM der häufigsten Krebsarten



Überleben mit dnM der Krebsarten mit häufigster dnM



Überleben im Vergleich mit anderen Bundesländern

- Absolutes 1-Jahres-Überleben mit dnM für ausgewählte Entitäten

	SH	HH	NI	NRW
Lunge (C34)	32%	32%	35%	-
Brust (C50)	66%	67%	71%	-
Prostata (C61)	57%	68%	80%	-
Kolon (C18)	52%	55%	54%	-
Melanom (C43)	49%	60%	59%	-
Dünndarm (C17)	58%	69%	-	-
Bauchspeicheldrüse (C25)	19%	25%	22%	-
Magen (C16)	31%	36%	31%	-

Zusammenfassung und Fazit

- Anteil metastasierter Karzinome bei Diagnose vergleichbar mit ausgewählten anderen Bundesländern
- Das Überleben mit de novo metastasiertem Krebs unterscheidet sich zwischen Entitäten deutlich
- Im Vergleich mit ausgewählten anderen Bundesländern steht SH beim Überleben meistens ähnlich, teilweise aber schlechter dar
 - Limitation: keine statistische Adjustierung für Confounder wie z. B. Alter
- Wenige vergleichbare Daten verfügbar: SH nimmt bei Berichterstattung Vorreiterrolle ein in Bezug auf Aktualität und Umfang der Daten!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Regionale Versorgungsqualität

Fokus: Therapien und Metastasen

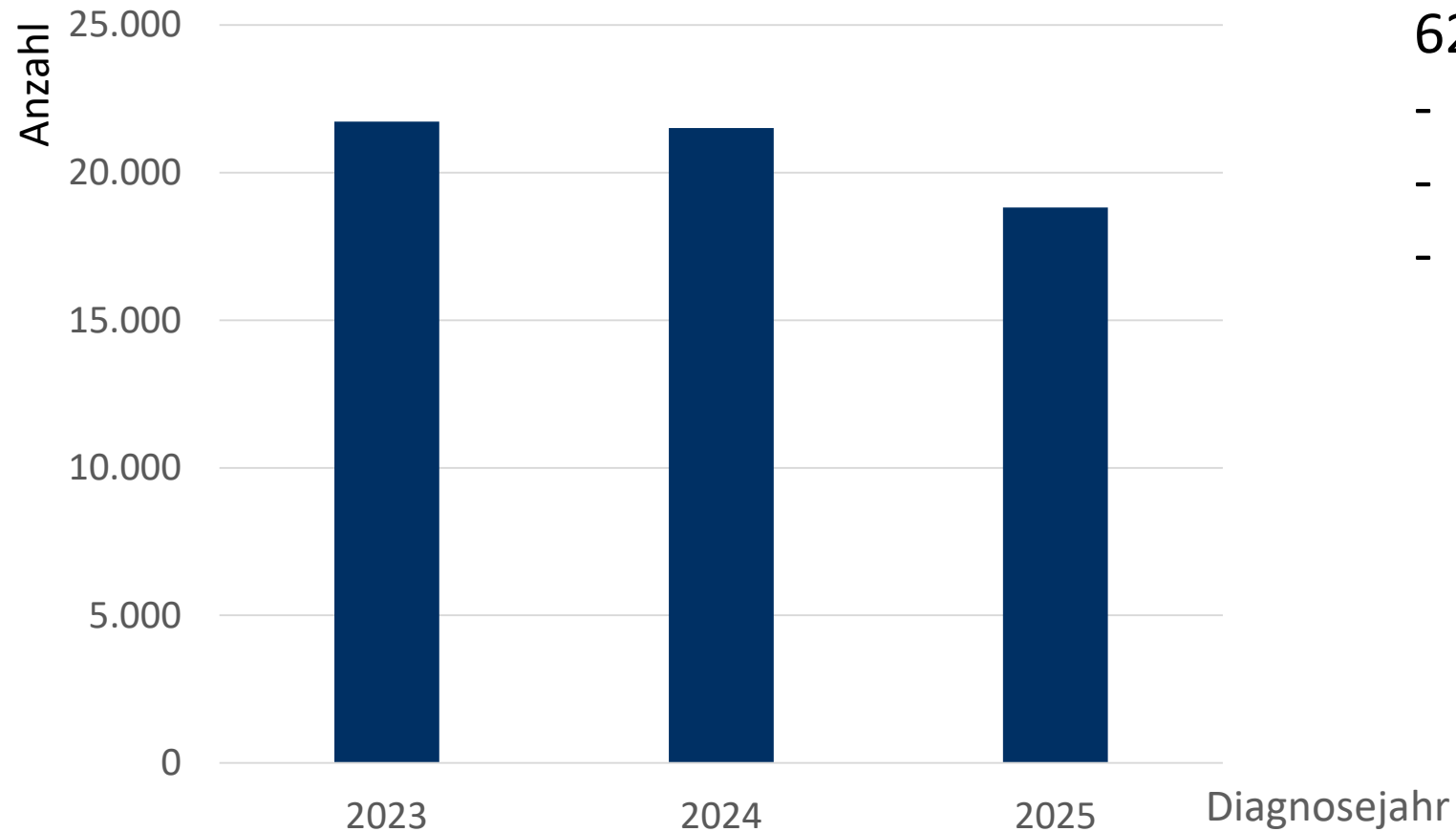
Landesqualitätskonferenz, 24. Juni 2026

Methodische Hinweise

- Diagnosejahre 2023 – 2025
- Nur invasive Tumoren (C-Kodes) ohne ‚Sonstige Haut‘ (C44)
- Wohnortbezogene Perspektive
 - Versorgung der Einwohnerinnen und Einwohner Schleswig-Holsteins
 - unabhängig vom Behandlungsort
 - nicht eingeschlossen sind Behandelte mit Wohnort außerhalb SH
- Grundlage ist der Wohnort in SH zum Zeitpunkt der Diagnose
- Metastasen: M1 oder angegebener Metastasensitz

Basisdaten

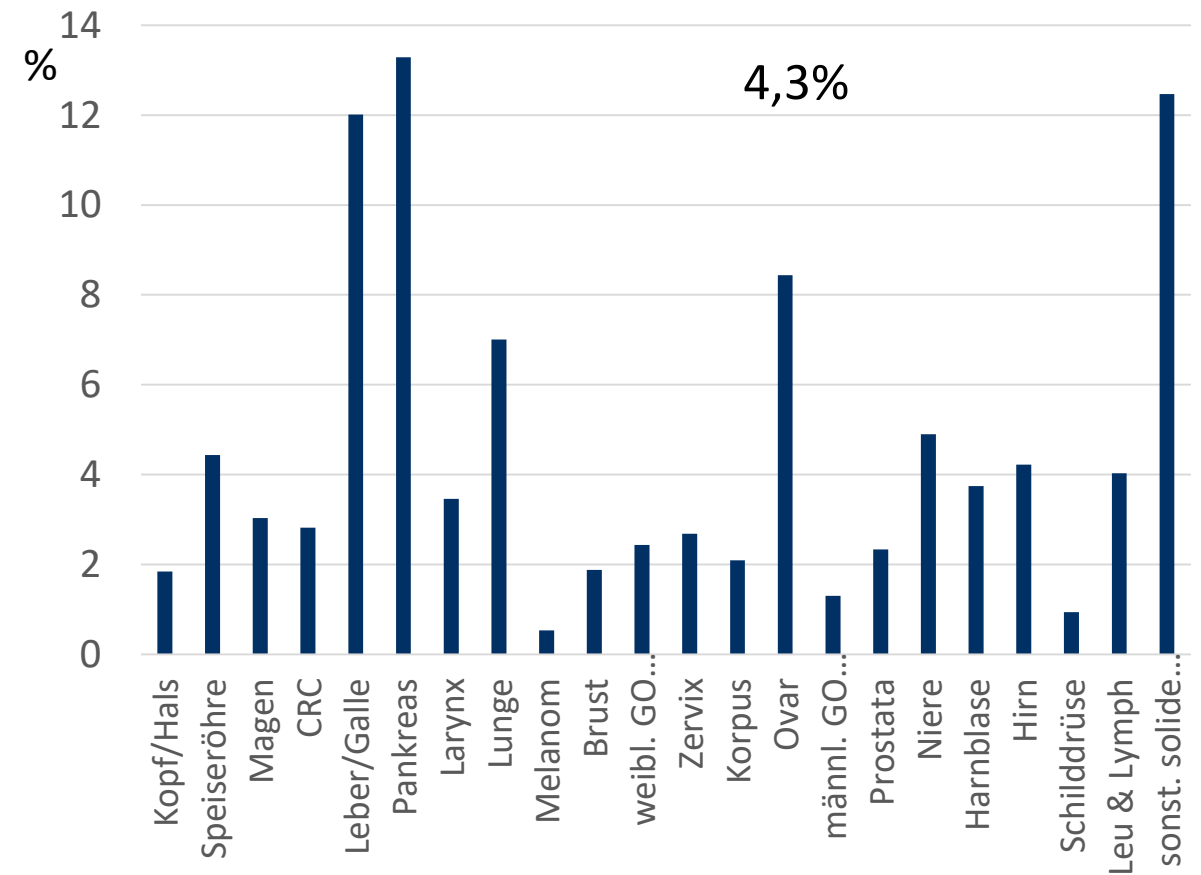
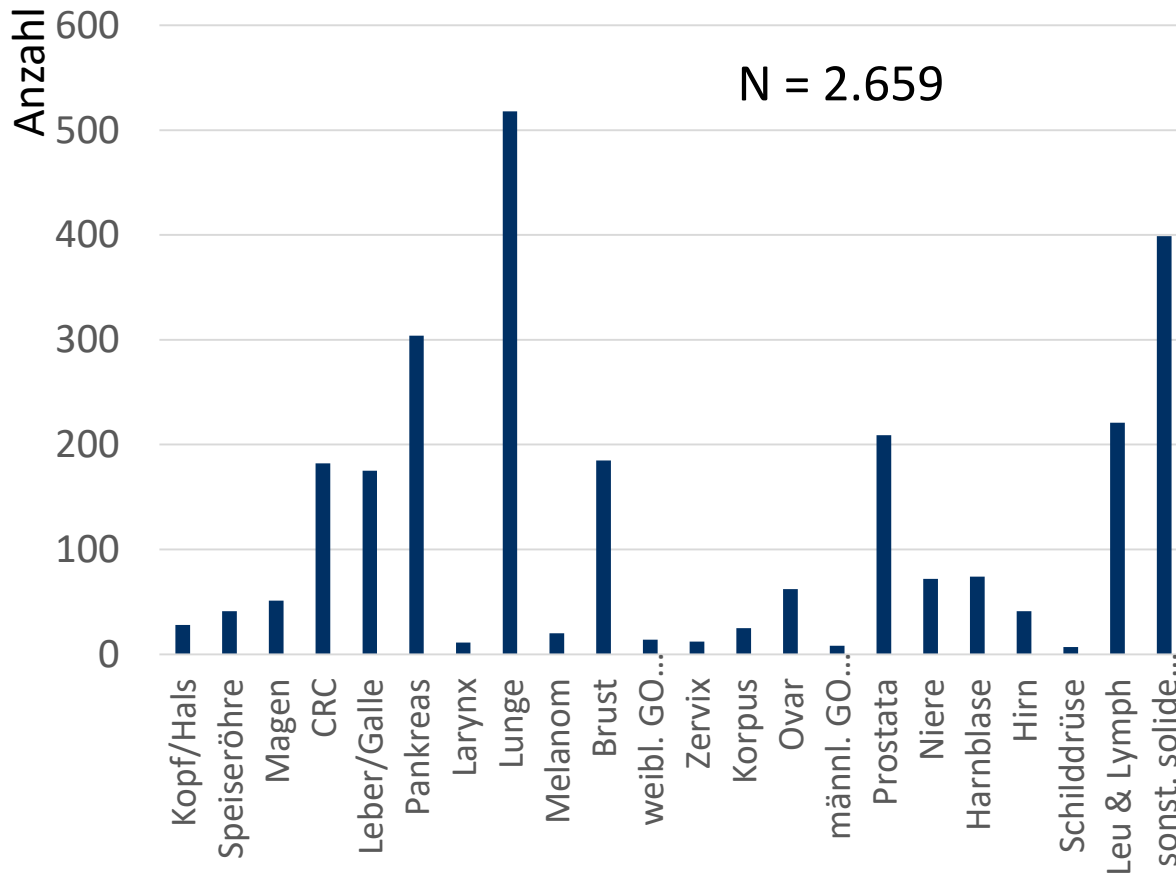
Fallzahlen



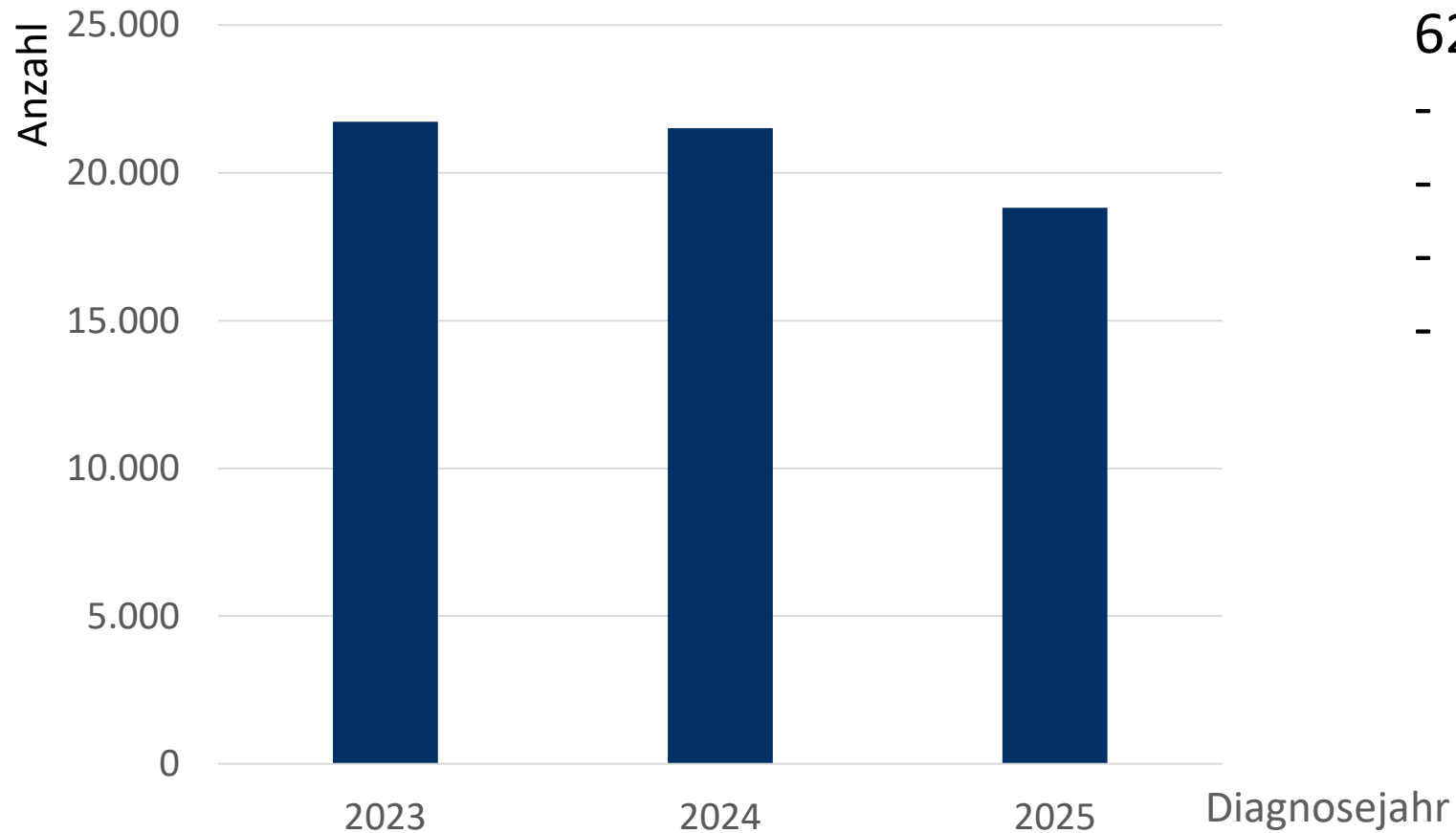
62.041

- 135 nur Tumorkonferenz
- 327 nur Folgeereignis
- 2.659 DCO

Tumoren, die dem Register nur aufgrund einer Todesbescheinigung bekannt sind (DCO-Fälle)



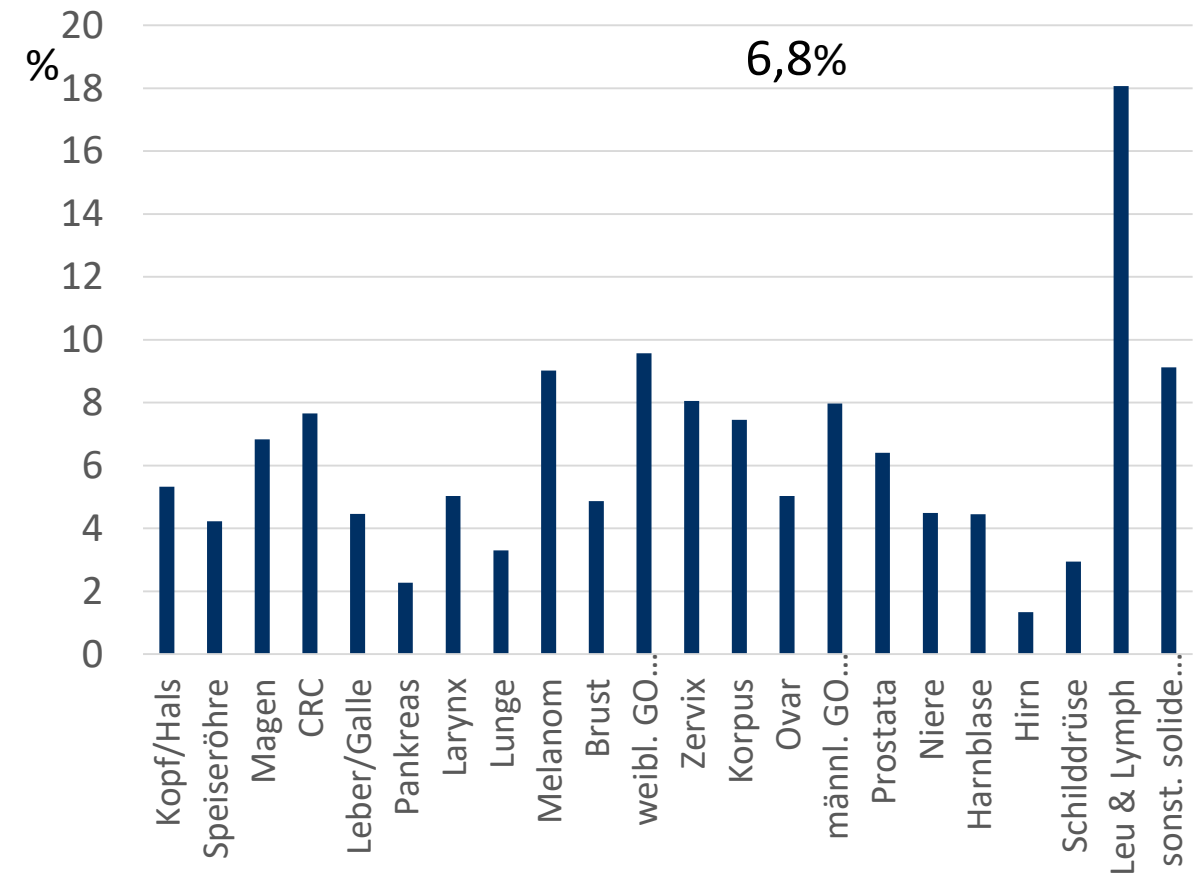
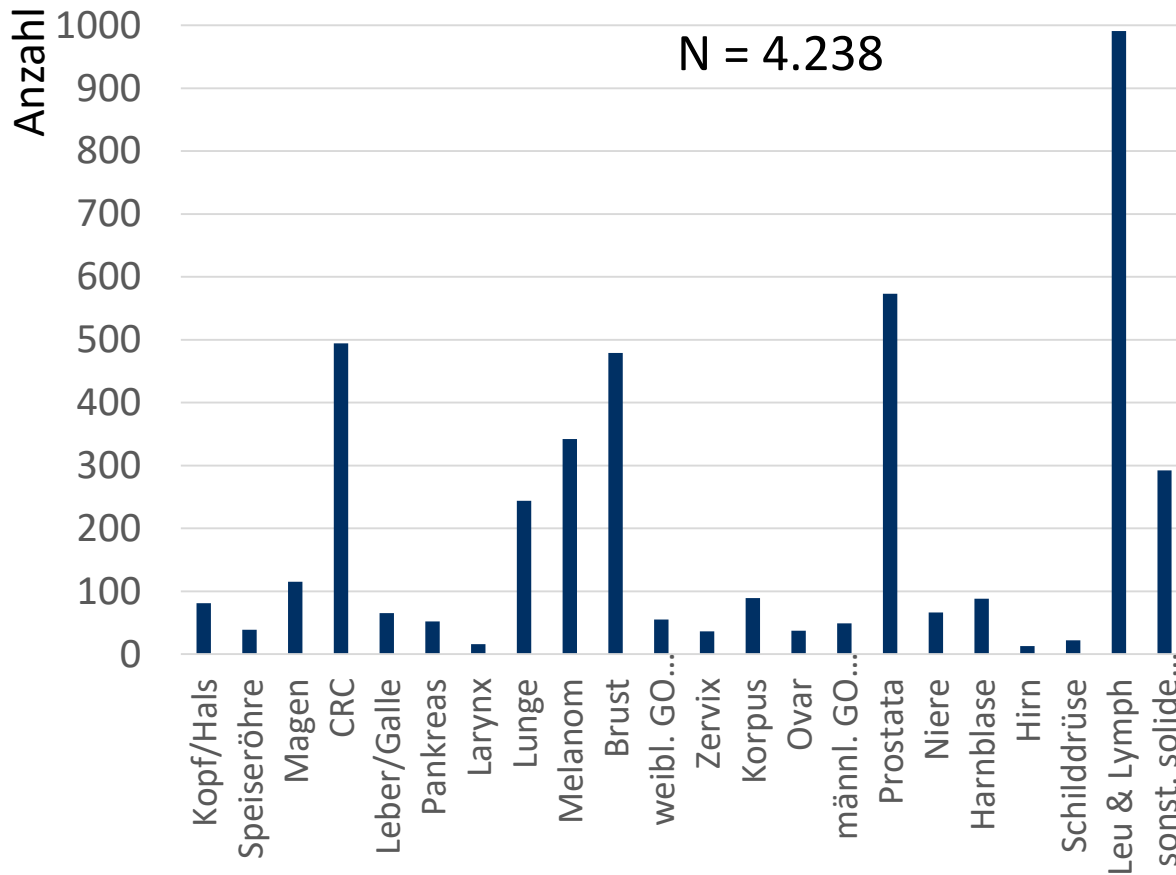
Fallzahlen



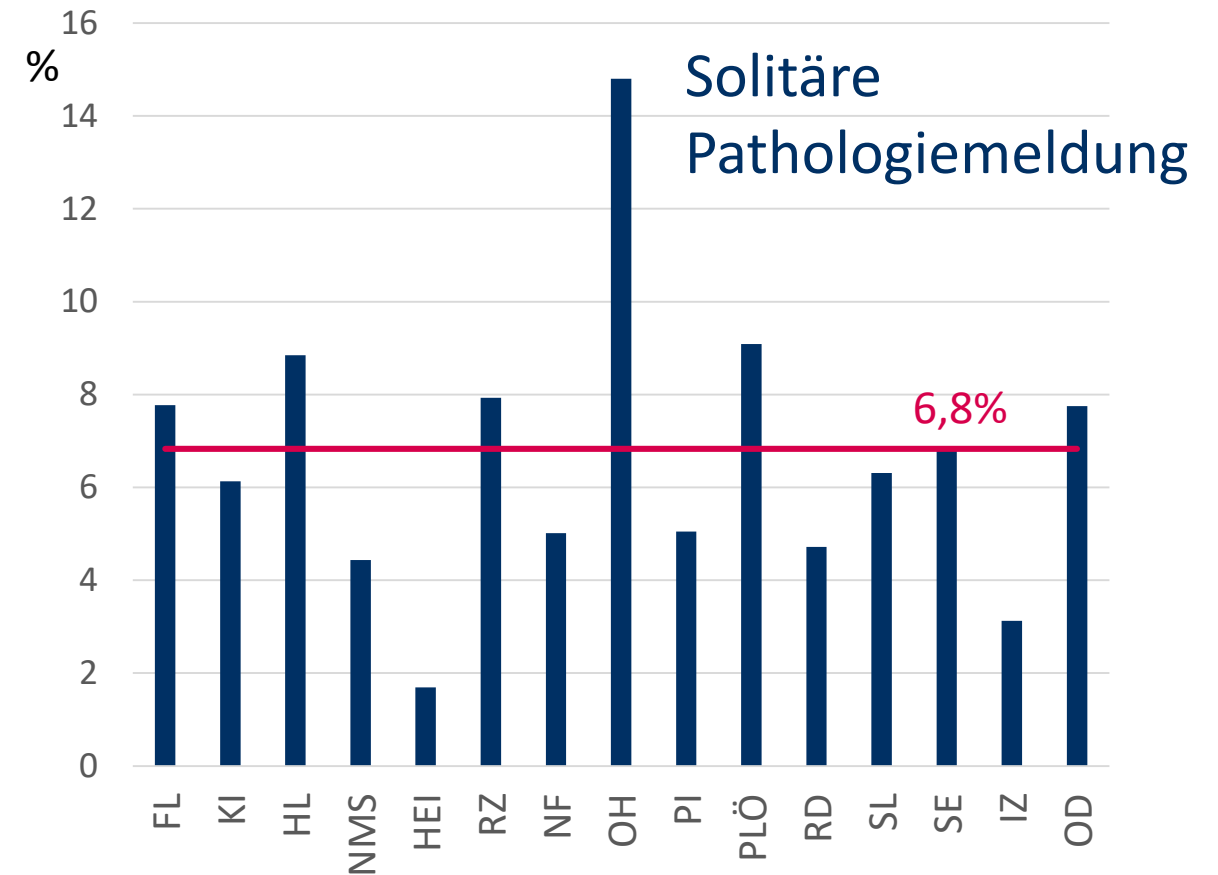
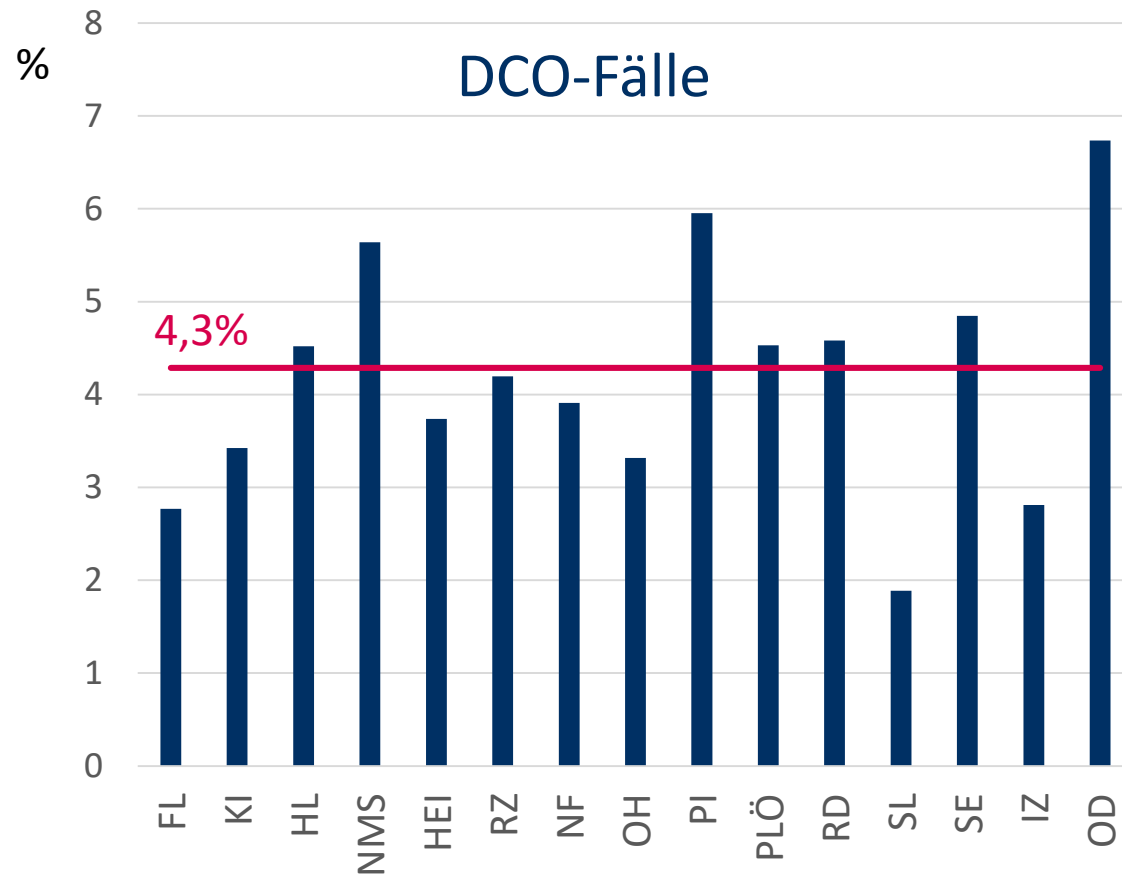
62.041

- 135 nur Tumorkonferenz
- 327 nur Folgeereignis
- 2.659 DCO
- 4.238 solit. Patho-Meldungen

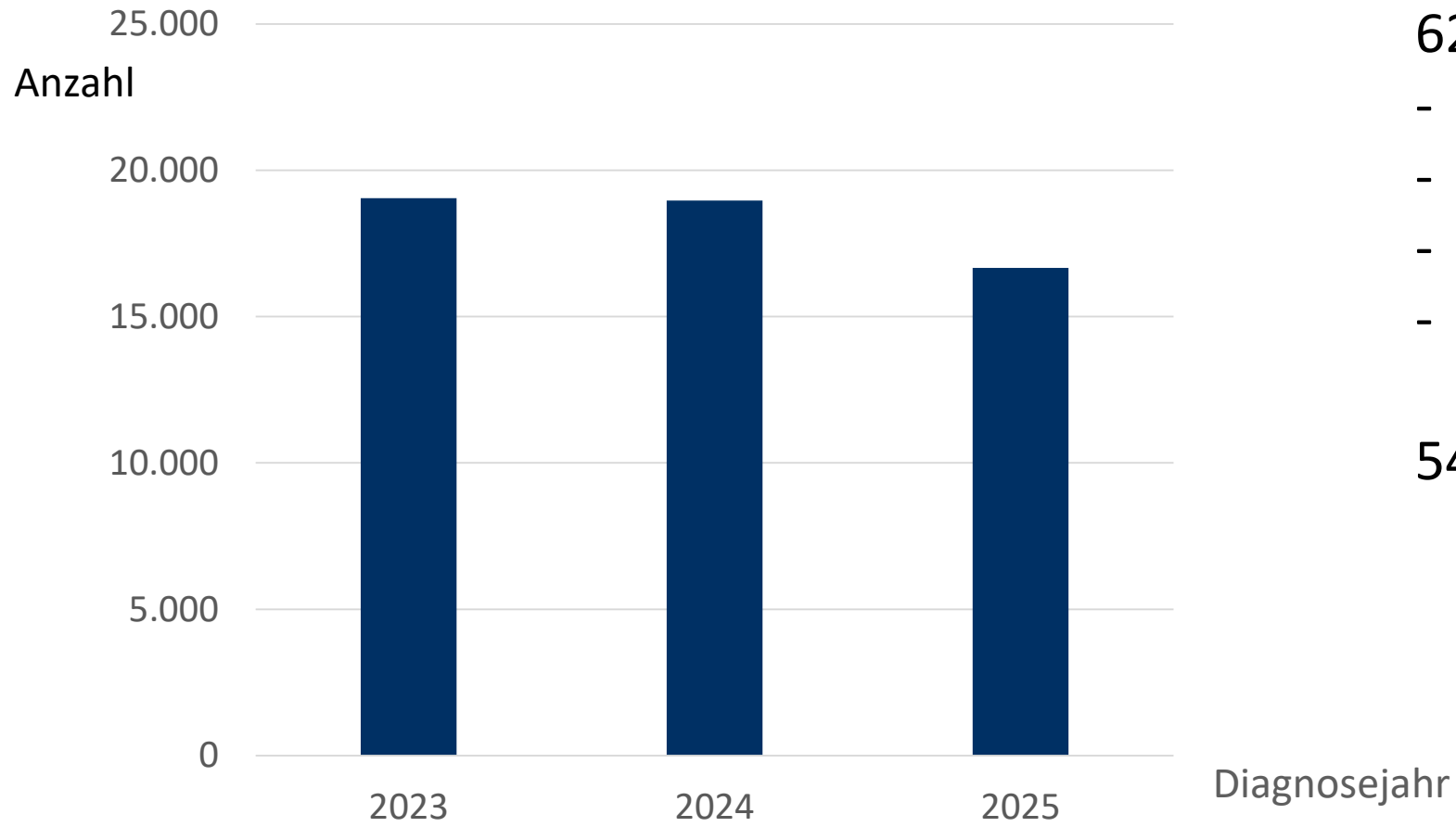
Solitäre Pathologiemeldungen



DCO & solit. Patho-Meldung im Kreisvergleich



Fallzahlen

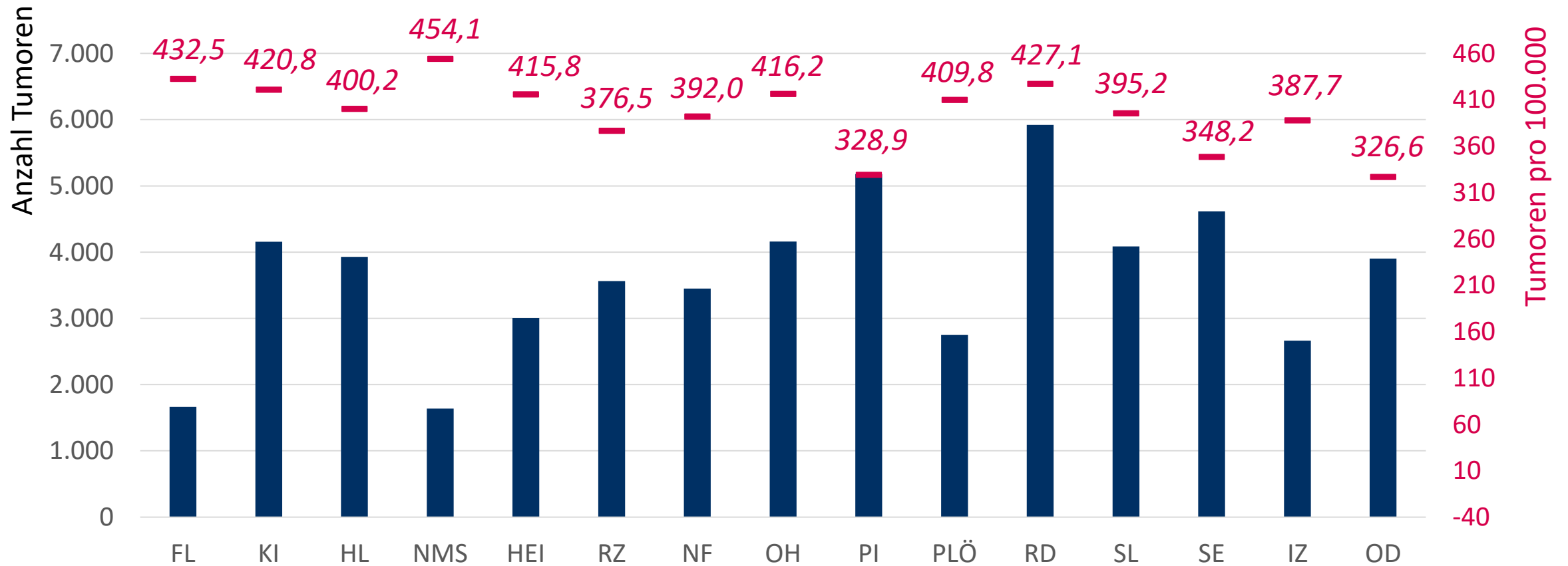


62.041

- 135 nur Tumorkonferenz
- 327 nur Folgeereignis
- 2.659 DCO
- 4.238 solit. Patho-Meldungen

54.682

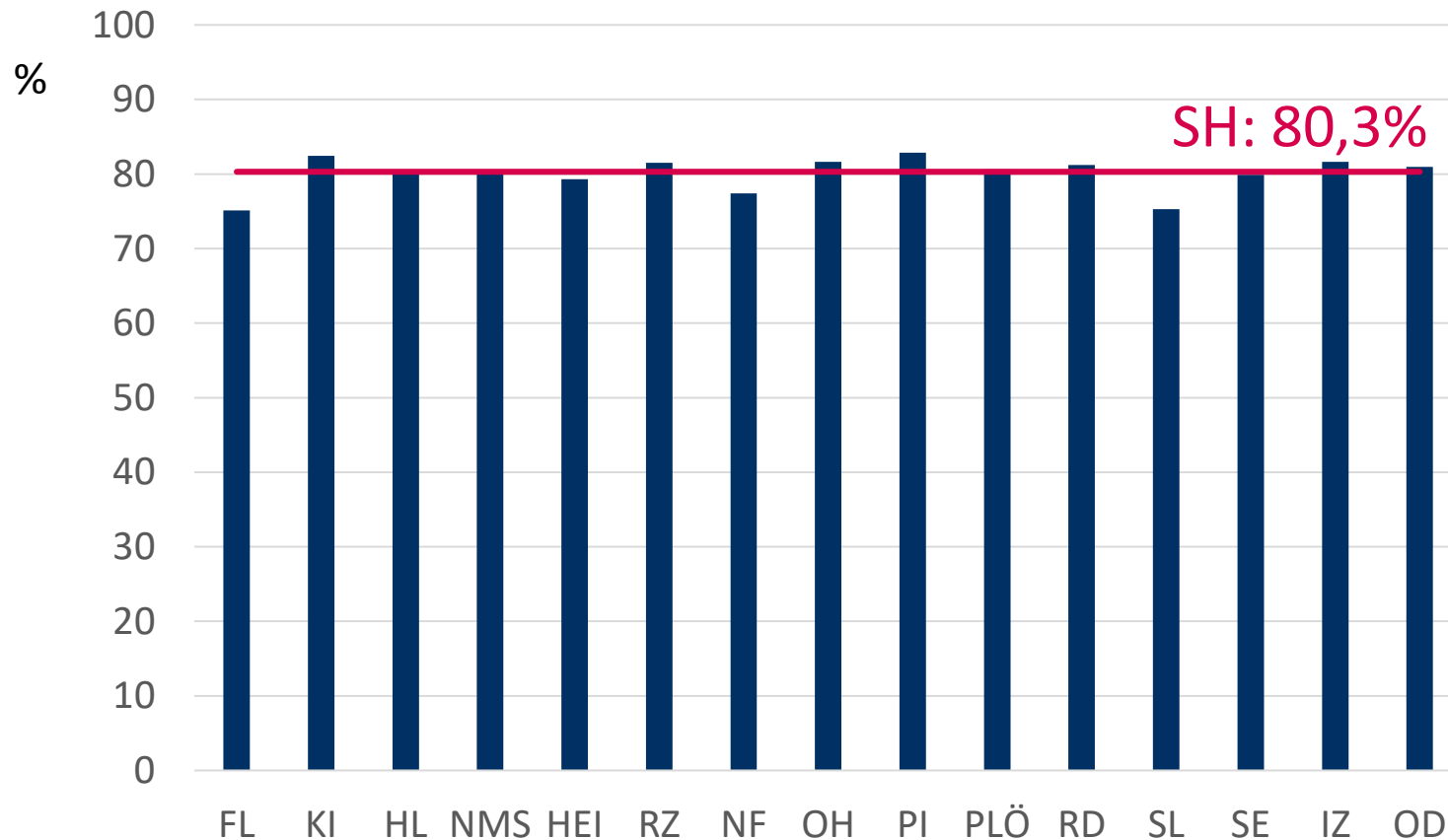
Fallzahlen – nach Kreis (Diagnosejahre 2023-2025)



Alterstandardisierte Inzidenzrate (mit DCO und solit.PM): 387,2

Therapien I

Tumoren mit mind. einer (dokumentierten) Therapie

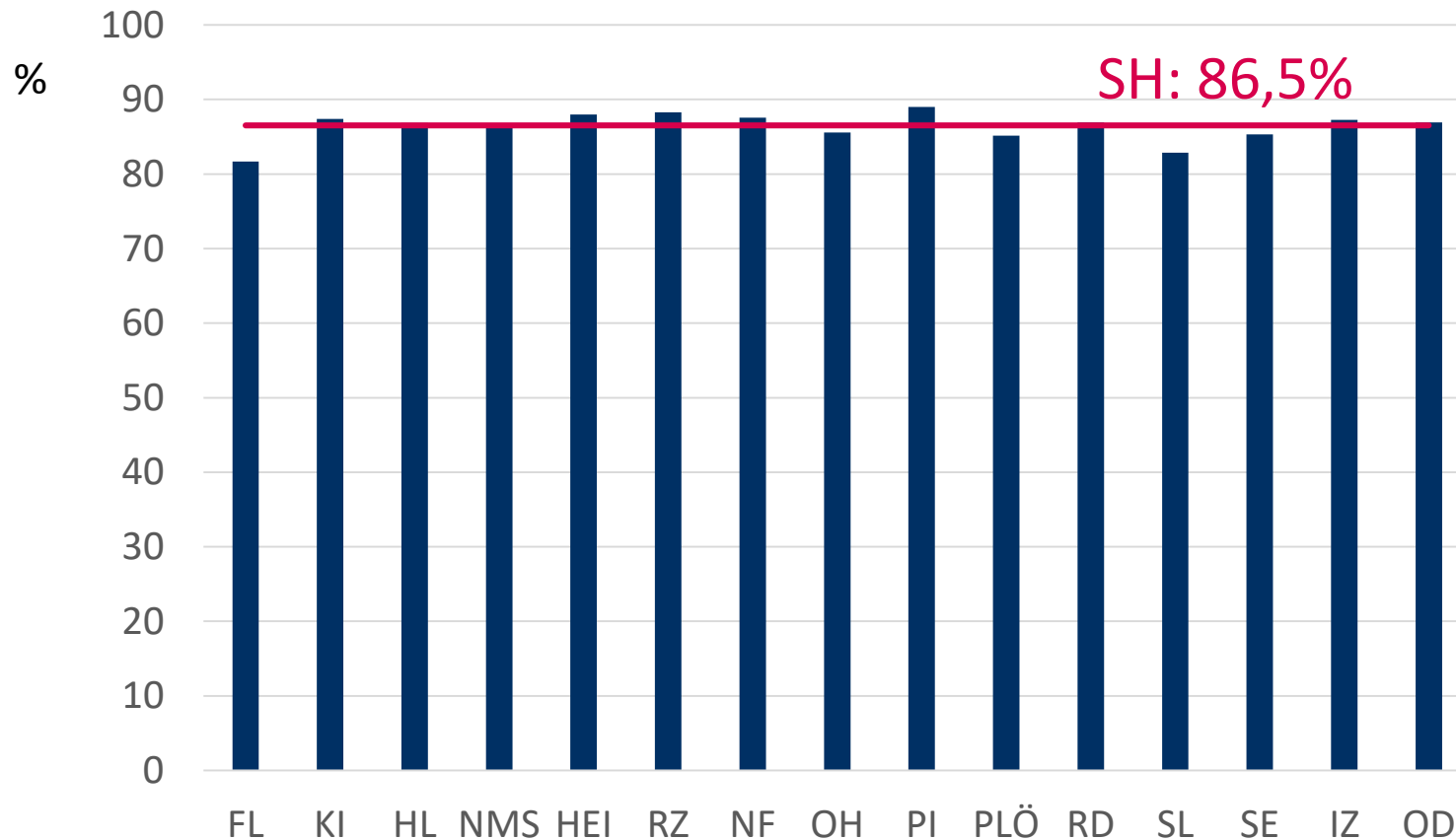


Qualitätsindikator für Krebsregister

- Soll: 85%
- Überleben > 6 Monate
 - Keine Fernmetastase
 - Unter 80 Jahre

Vor Ausschluss

Tumoren mit mind. einer (dokumentierten) Therapie

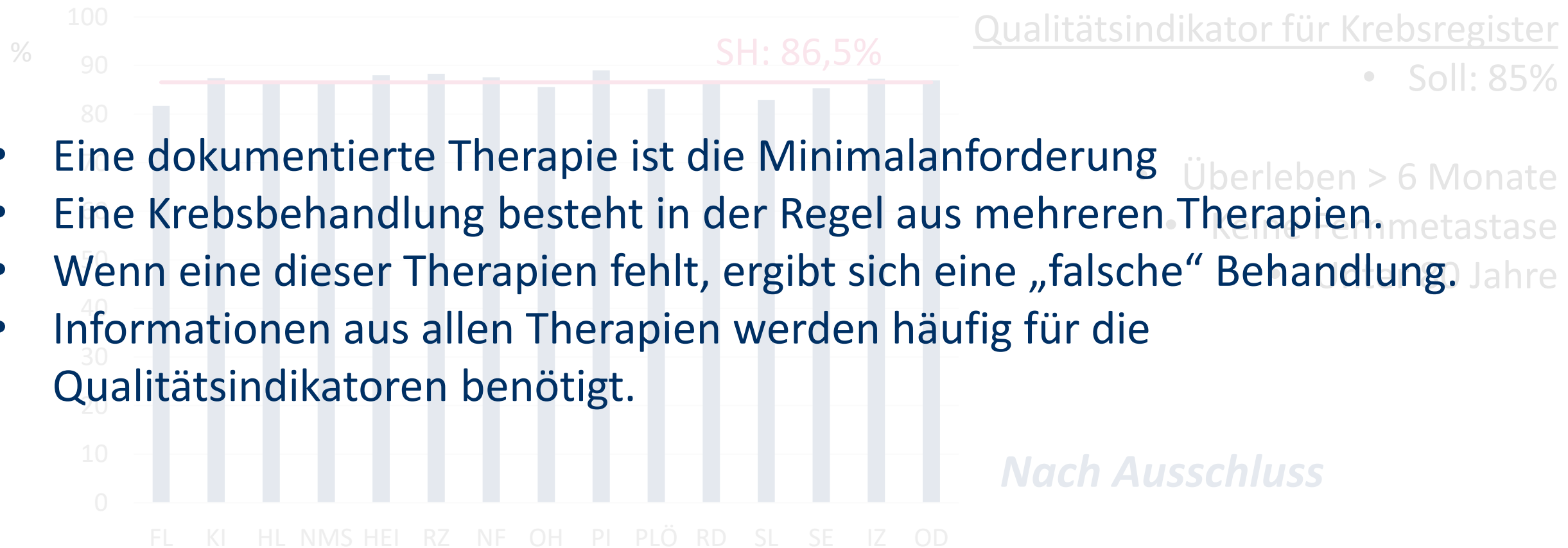


Qualitätsindikator für Krebsregister

- Soll: 85%
- Überleben > 6 Monate
 - Keine Fernmetastase
 - Unter 80 Jahre

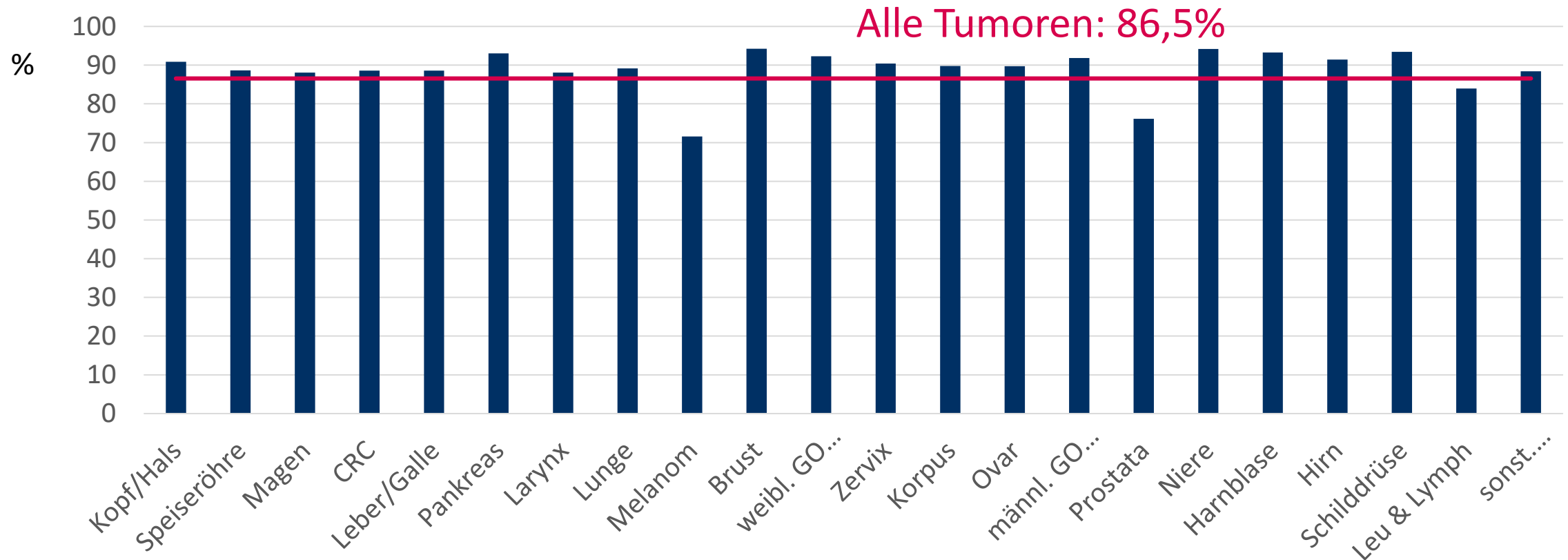
Nach Ausschluss

Tumoren mit mind. einer (dokumentierten) Therapie



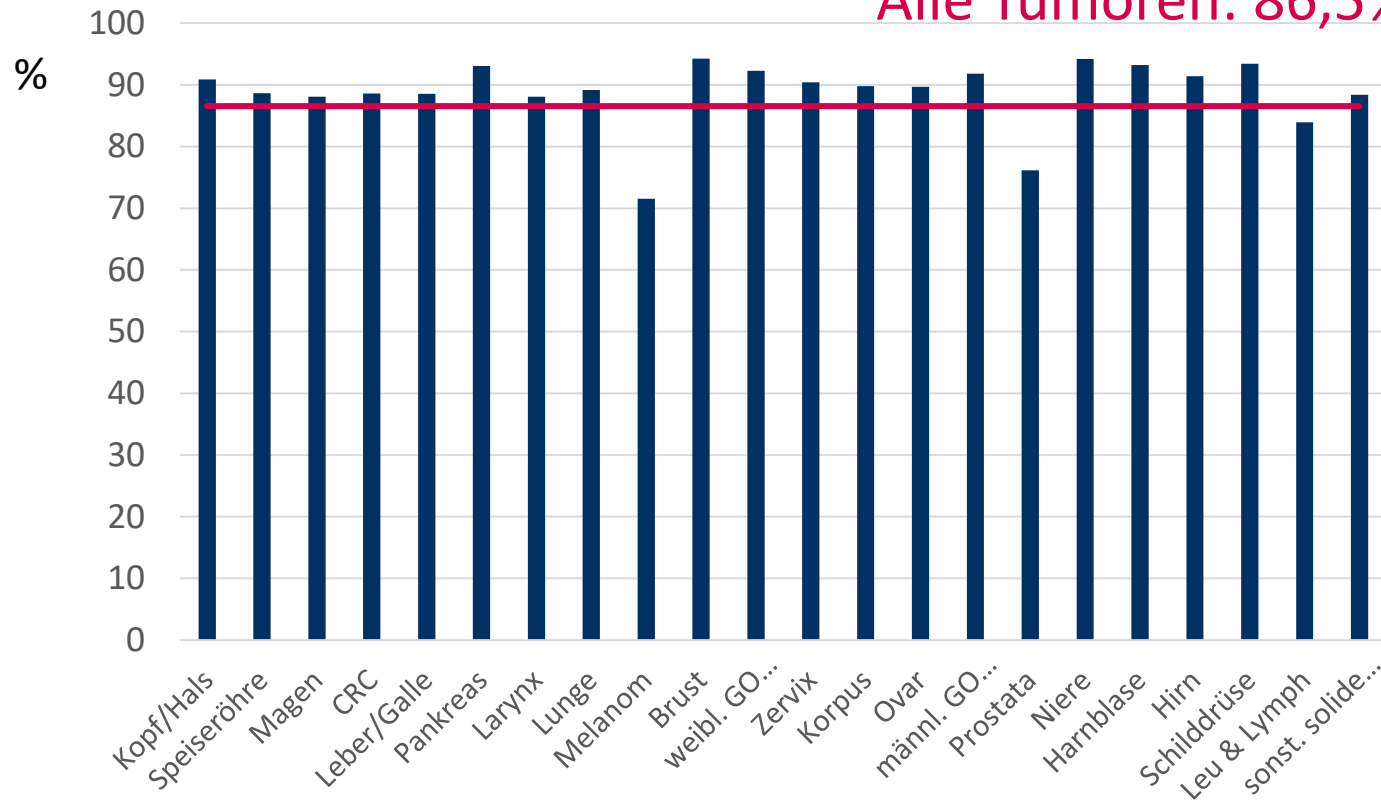
- Eine dokumentierte Therapie ist die Minimalanforderung
- Eine Krebsbehandlung besteht in der Regel aus mehreren Therapien.
- Wenn eine dieser Therapien fehlt, ergibt sich eine „falsche“ Behandlung.
- Informationen aus allen Therapien werden häufig für die Qualitätsindikatoren benötigt.

Tumoren mit mind. einer (dokumentierten) Therapie



Tumoren mit mind. einer (dokumentierten) Therapie

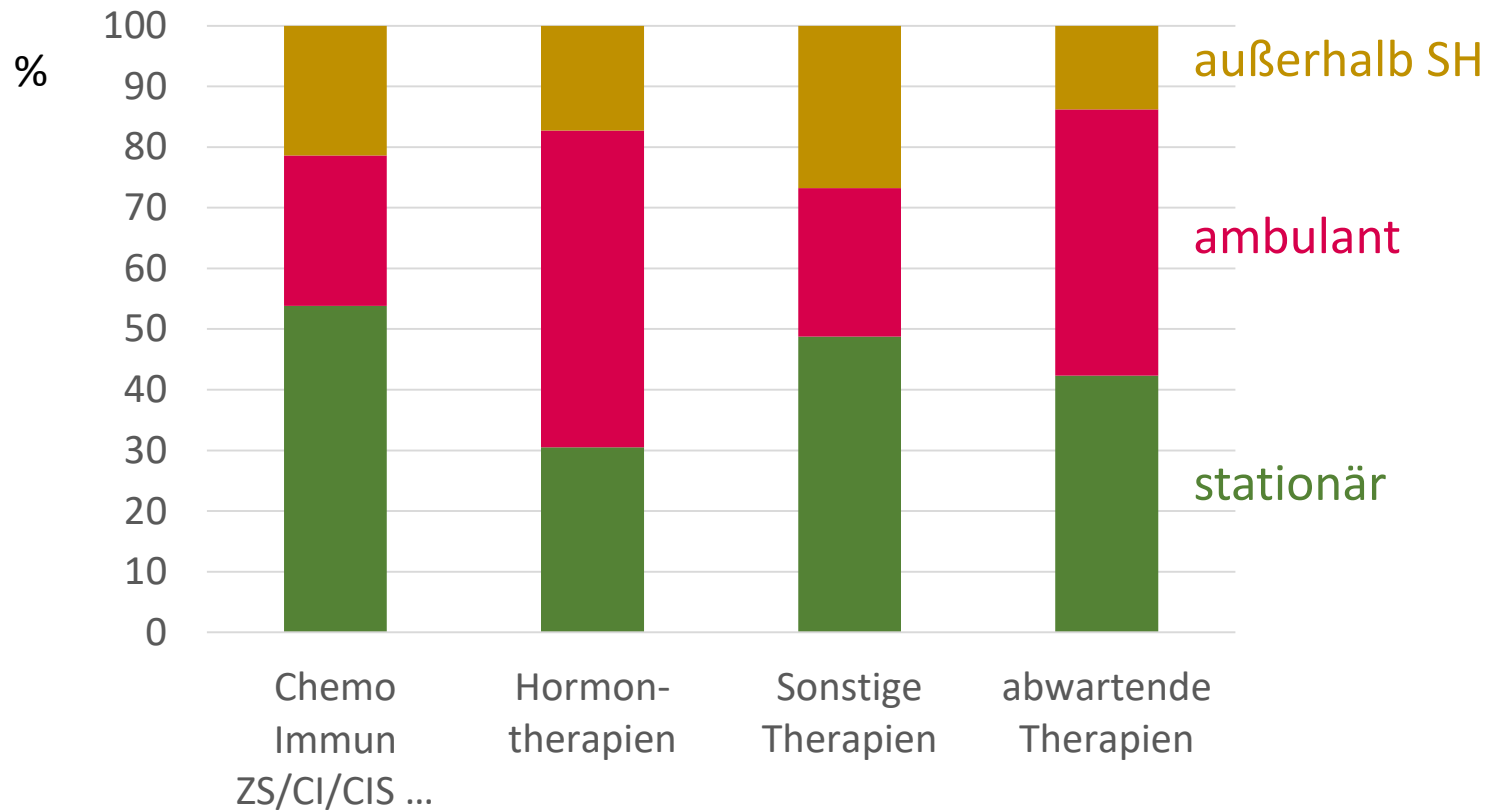
Alle Tumoren: 86,5%



Ohne (dokumentierte Therapie):

- Speiseröhre: HL 0% - PLÖ 28%
- Larynx: NF 43%, SL 33%
- Melanom: HL 51%
- So. weibl GO: RD 0% - SL 25%
- Korpus: IZ 0% - SL 54%
- Ovar: 5 Kr. 0% - SL/FL 40%+
- Niere/Harnbl: OH jeweils >20%
- L&L: HEI 7% - FL/SL 25%

Systemische Therapien nach Sektor



Brustkrebs – Hormontherapien

(ohne Therapien von außerhalb SH)

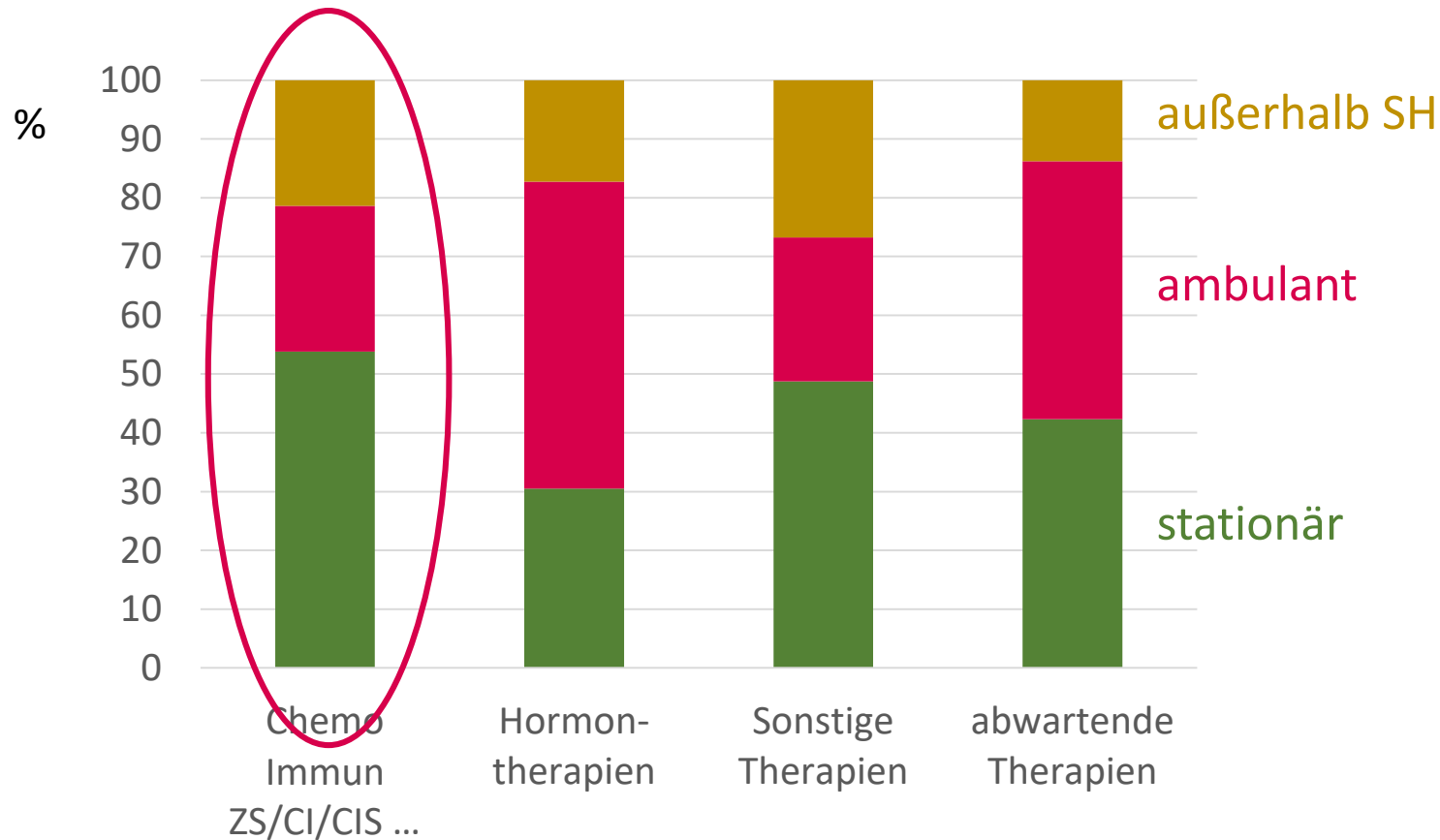
- 47% Praxis
- 43% Klinik
- 2% onkologischer Praxis
- 8% MVZ

Prostatakrebs – abwart. Therapien

(ohne Therapien von außerhalb SH)

- 72% Klinik
- 23% Praxis
- 5% onkologische Praxis
- 0,5% MVZ

Systemische Therapien nach Sektor



Brustkrebs – Hormontherapien

(ohne Therapien von außerhalb SH)

- 47% Praxis
- 43% Klinik
- 2% onkologischer Praxis
- 8% MVZ

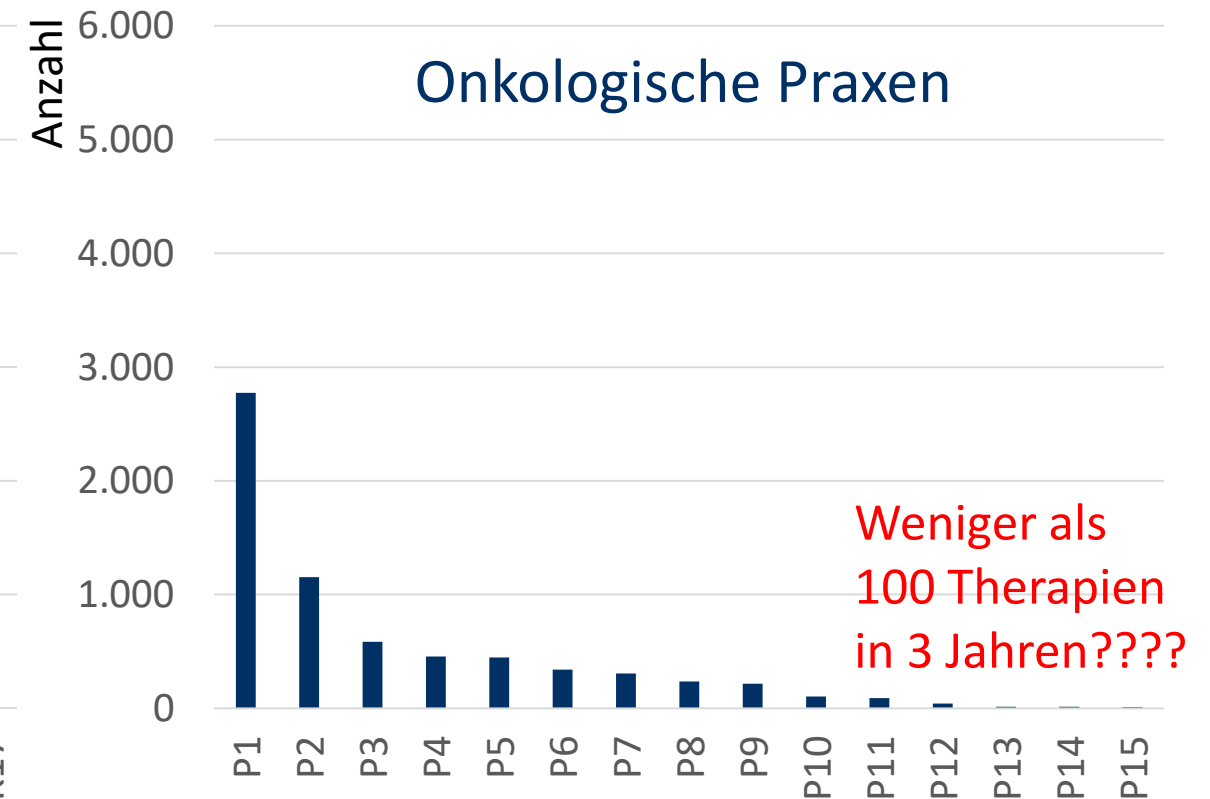
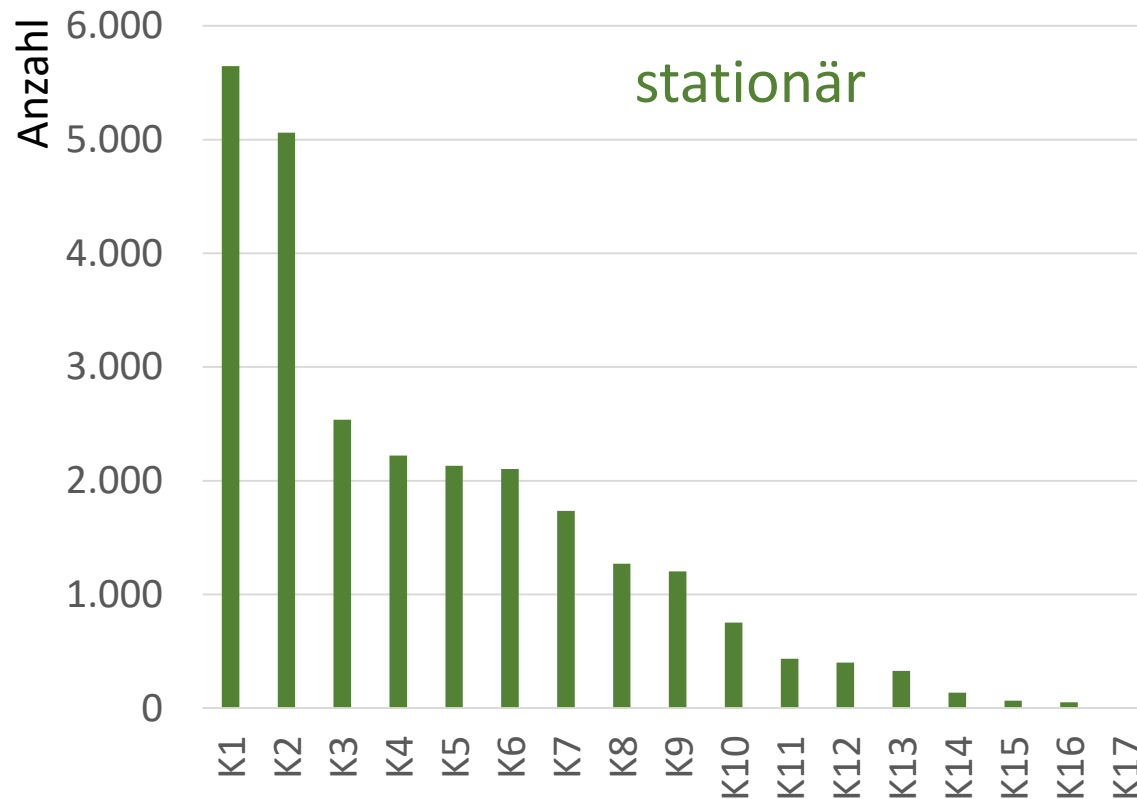
Prostatakrebs – abwart. Therapien

(ohne Therapien von außerhalb SH)

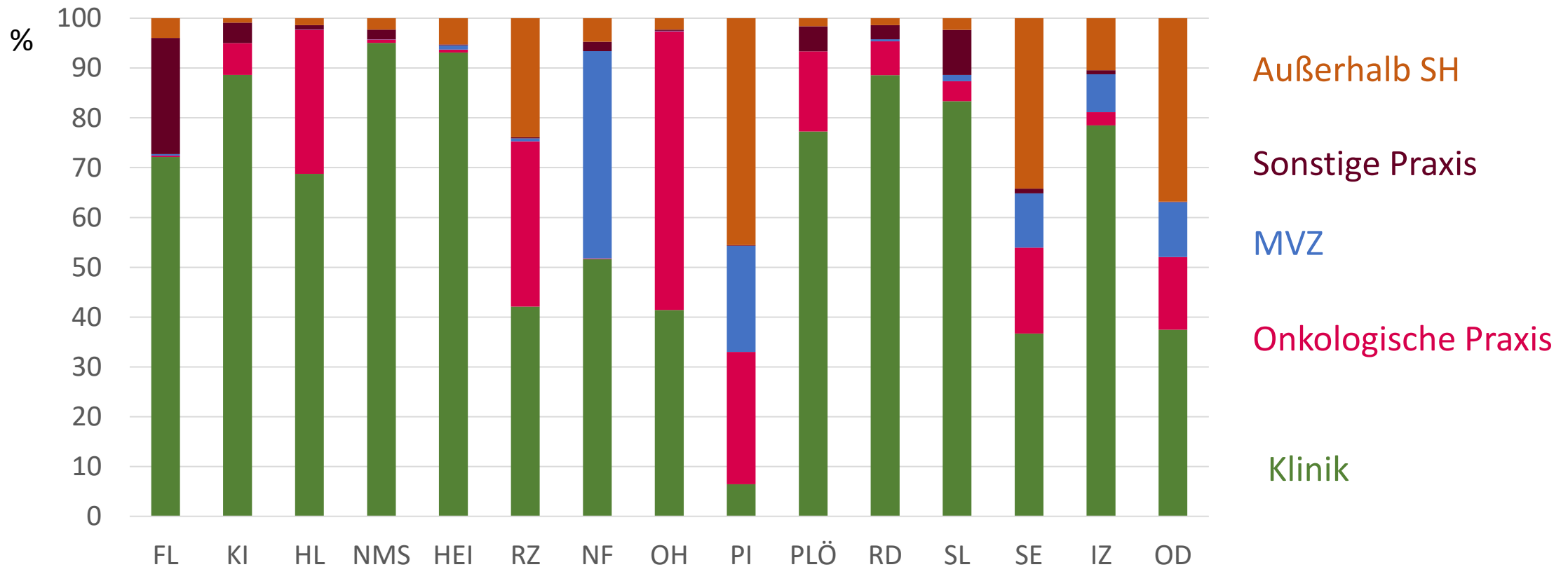
- 72% Klinik
- 23% Praxis
- 5% onkologische Praxis
- 0,5% MVZ

Chemo/Immun/zielgr. Subst./Kombi

Alle gemeldeten Therapien, die in den Jahren 2023-2025 begonnen (unabhängig vom Diagnosejahr)
und an das KRSH gemeldet wurden

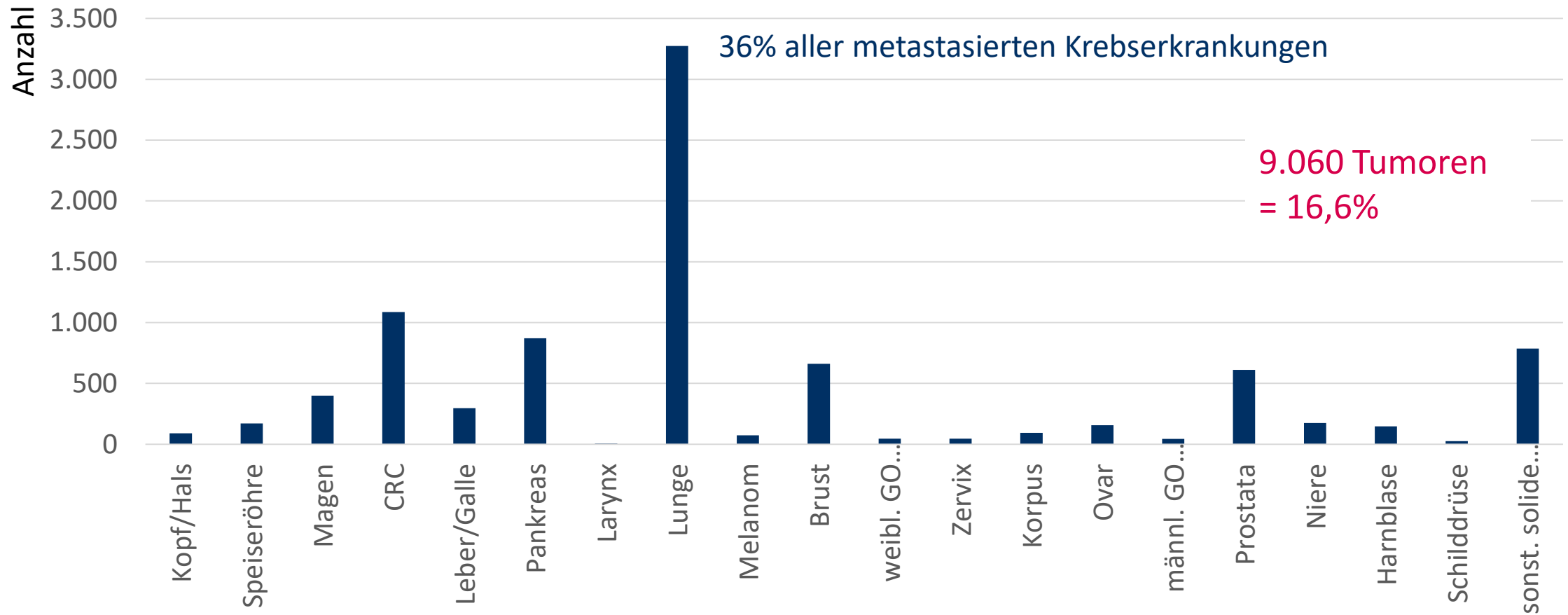


Chemo/Immun/zielgr. Subst./Kombi

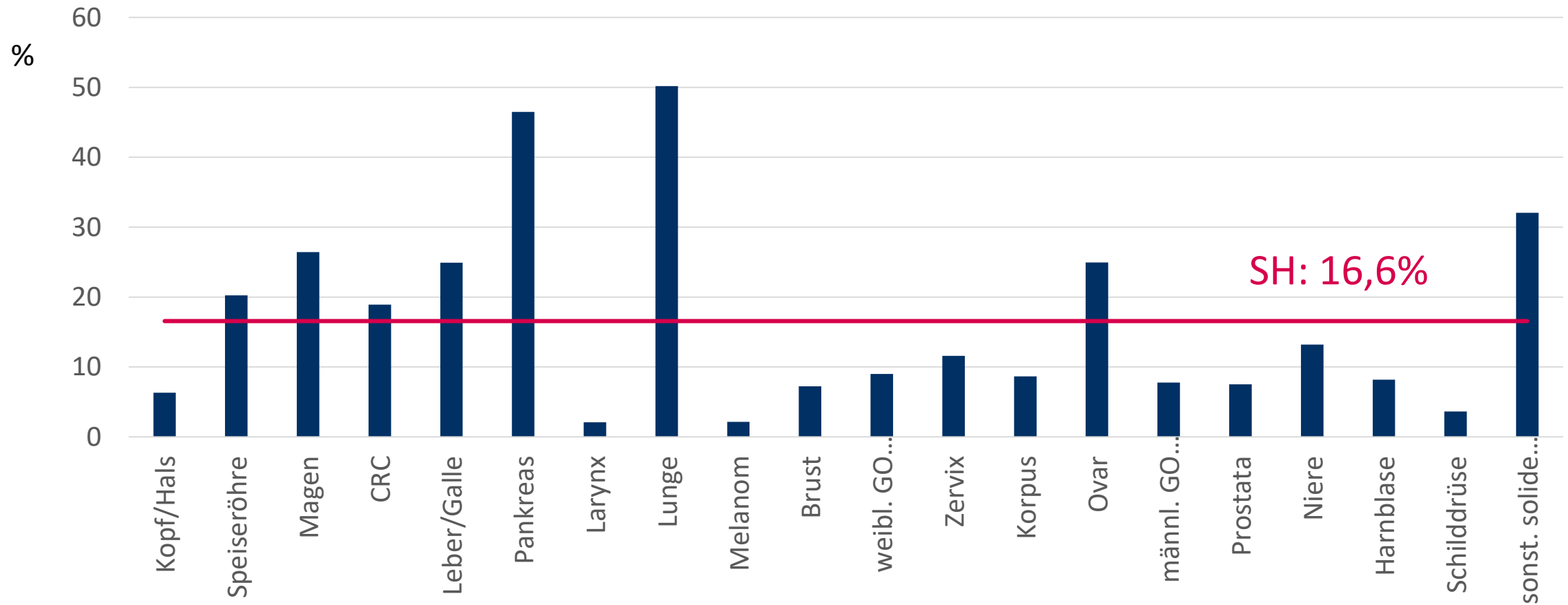


Metastasen

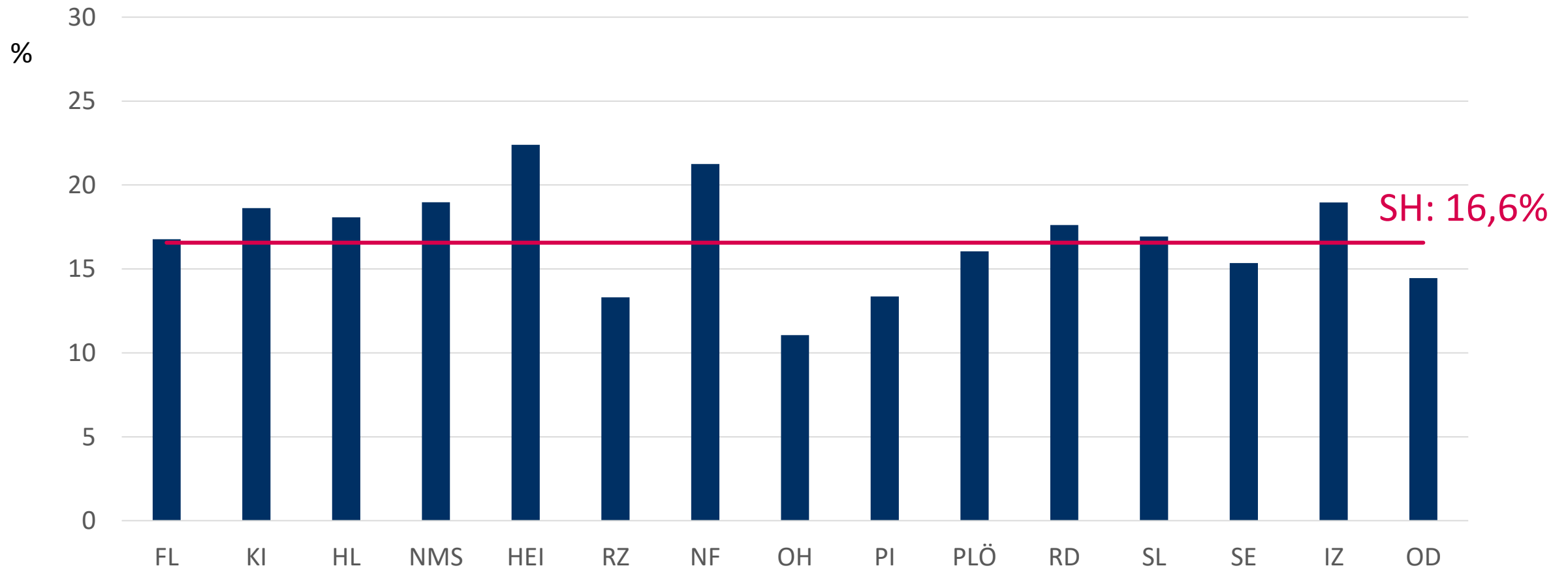
Fallzahlen metastasierter Primärtumoren



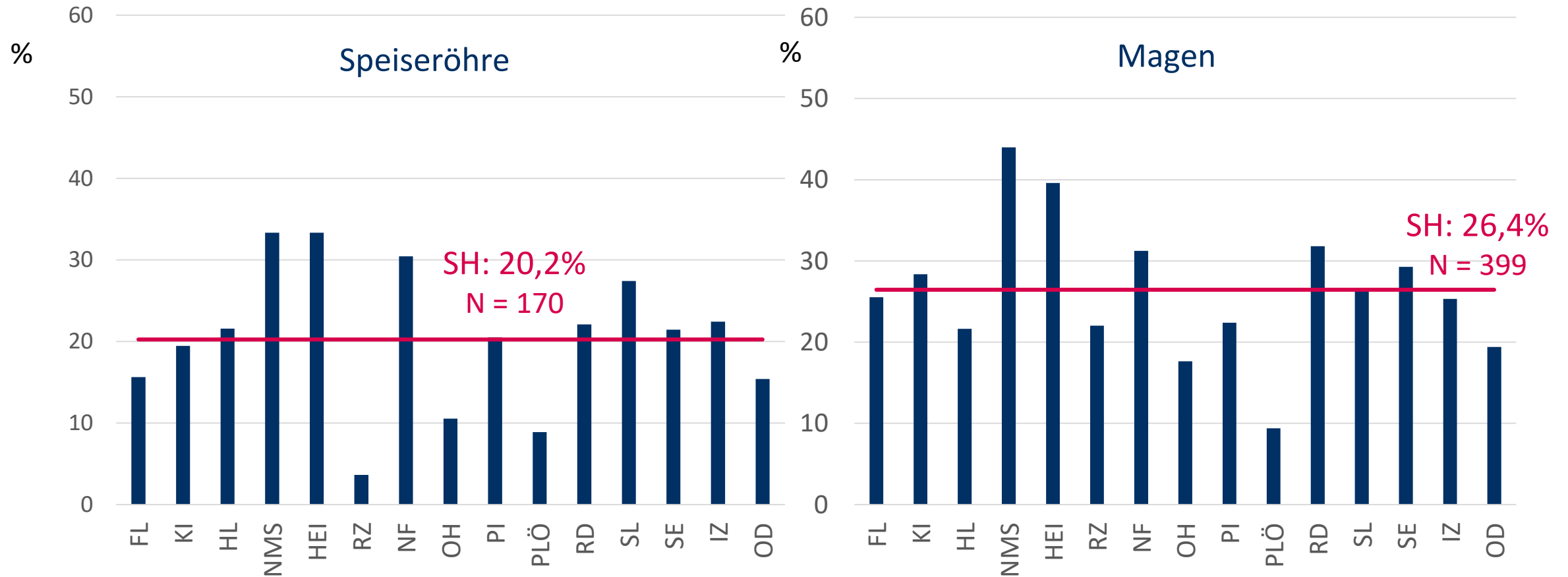
Anteil metastasierter Primärtumoren nach Diagnose



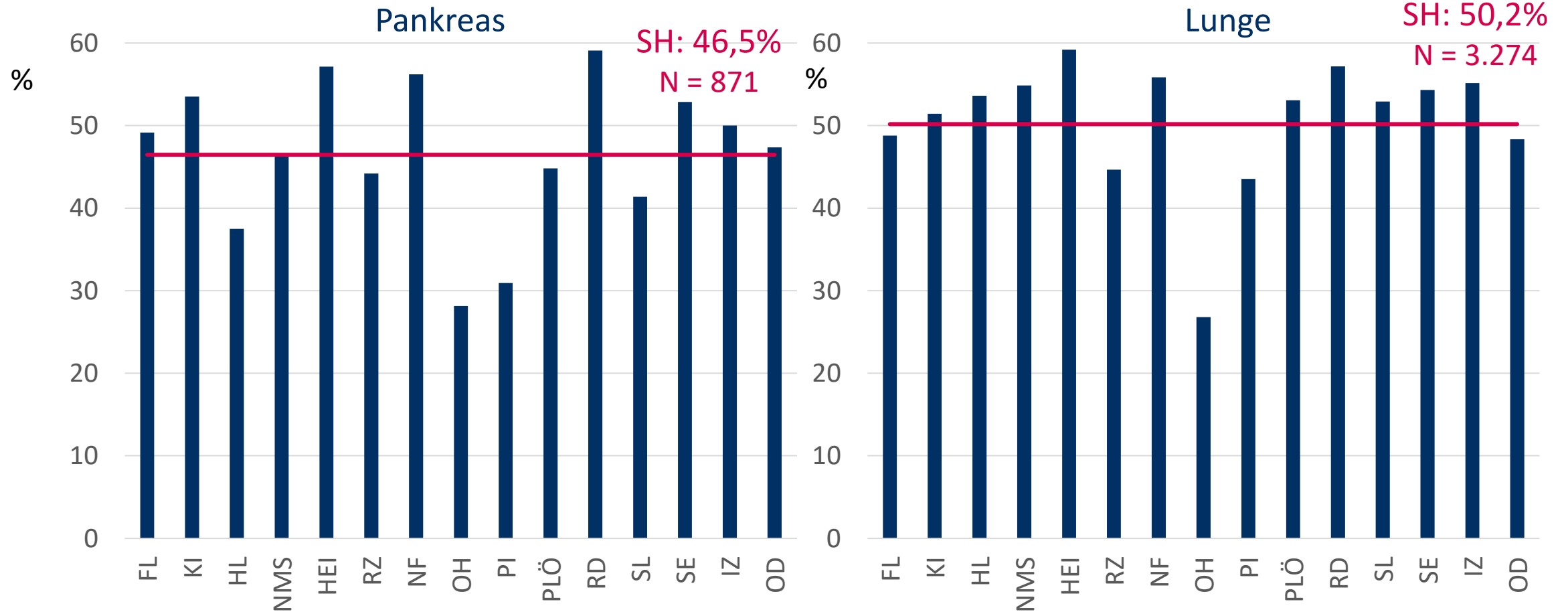
Anteil metastasierter Primärtumoren nach Kreis



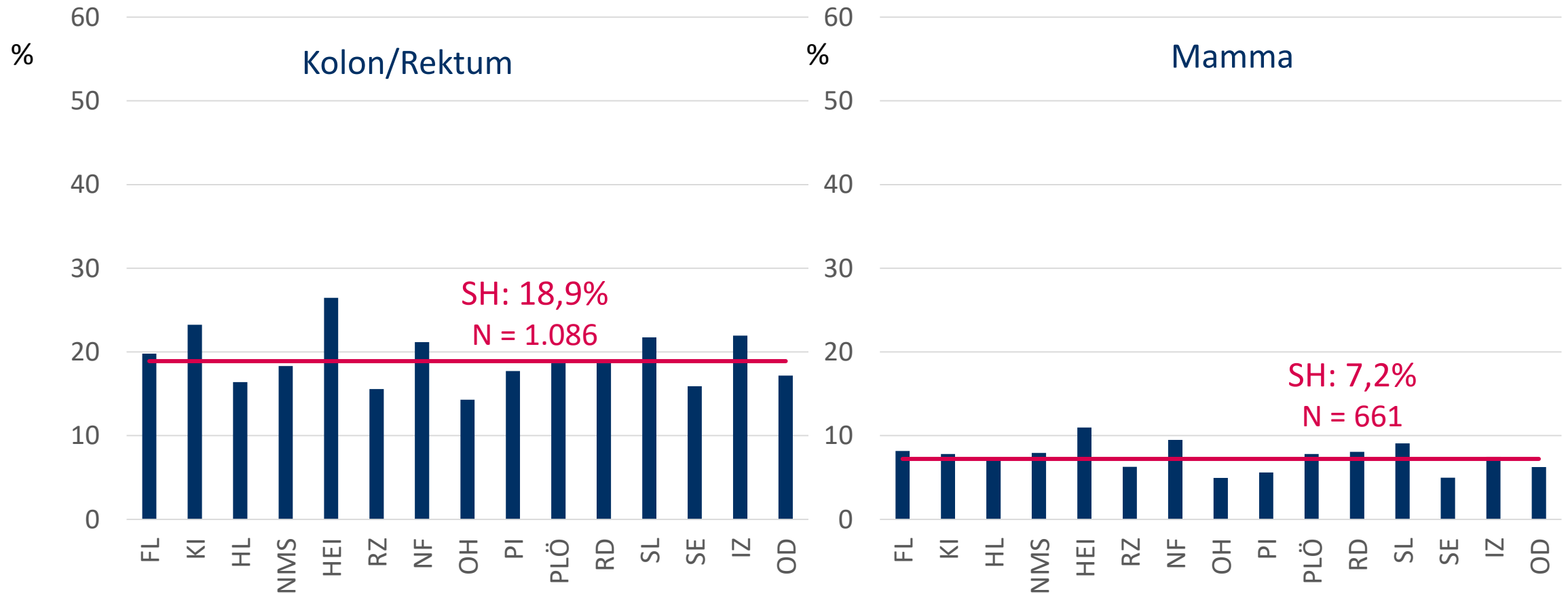
Anteil metastasierter Primärtumoren nach Kreis



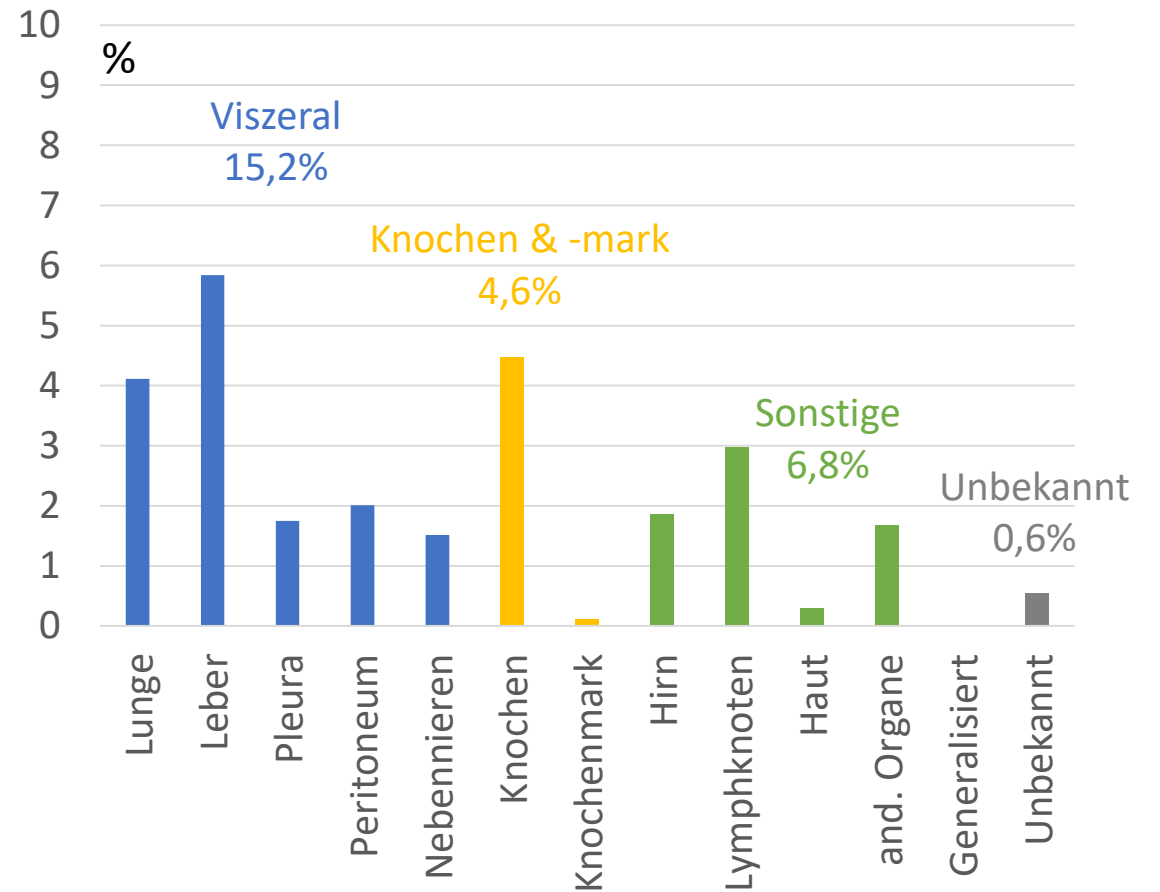
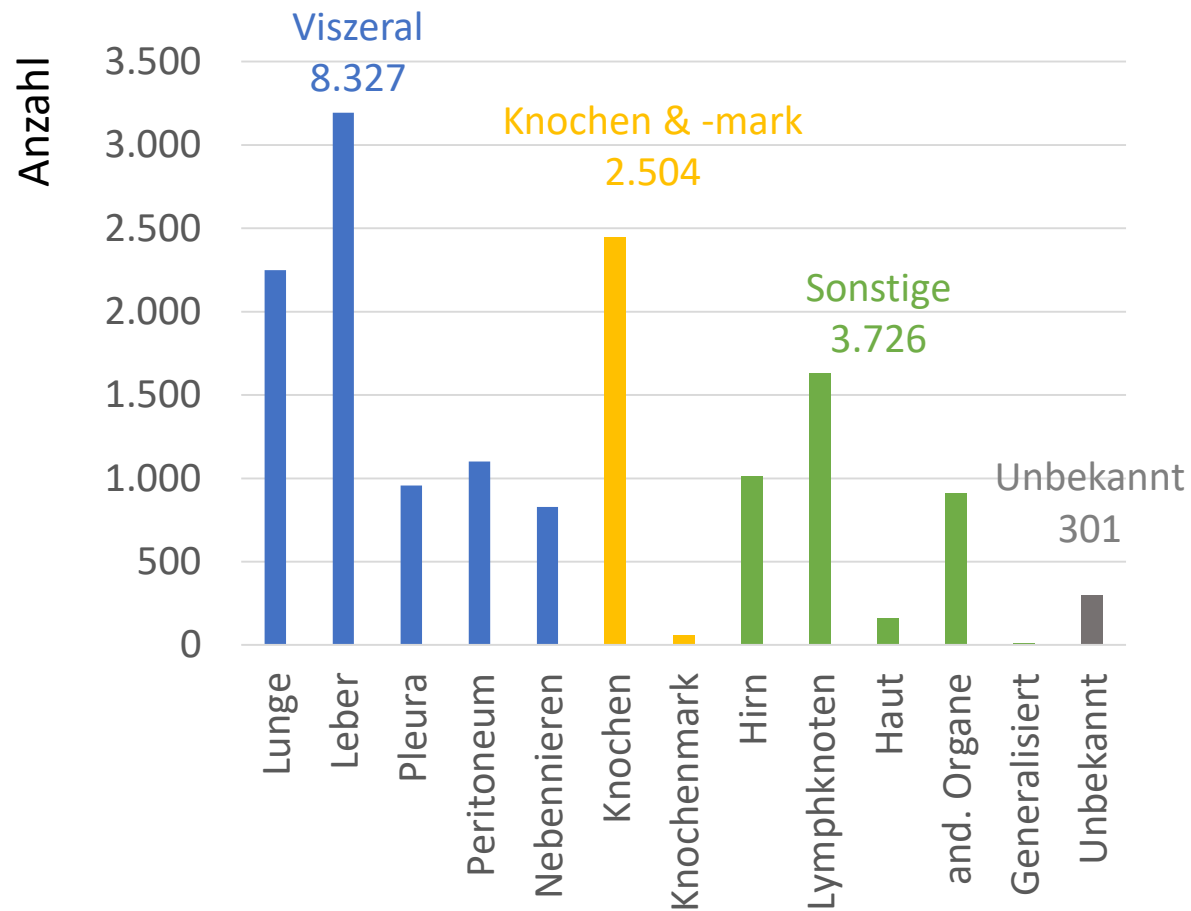
Anteil metastasierter Primärtumoren nach Kreis



Anteil metastasierter Primärtumoren nach Kreis

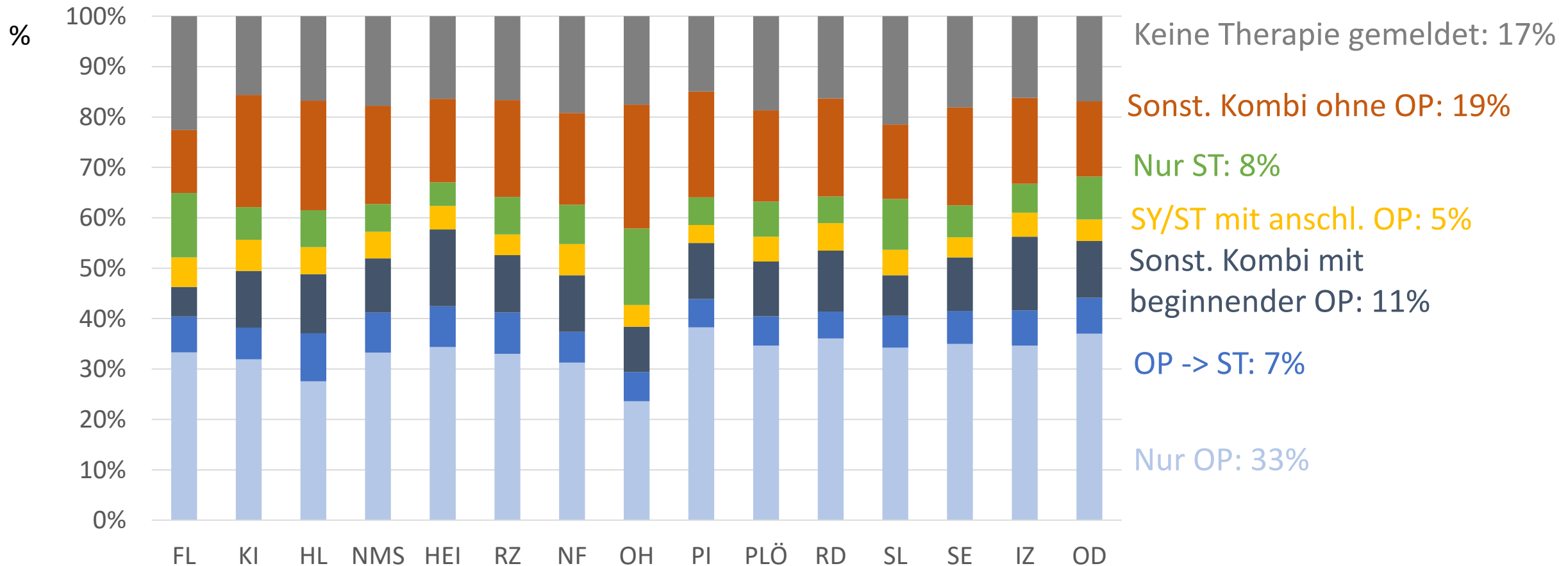


Metastasensitz bei Diagnose

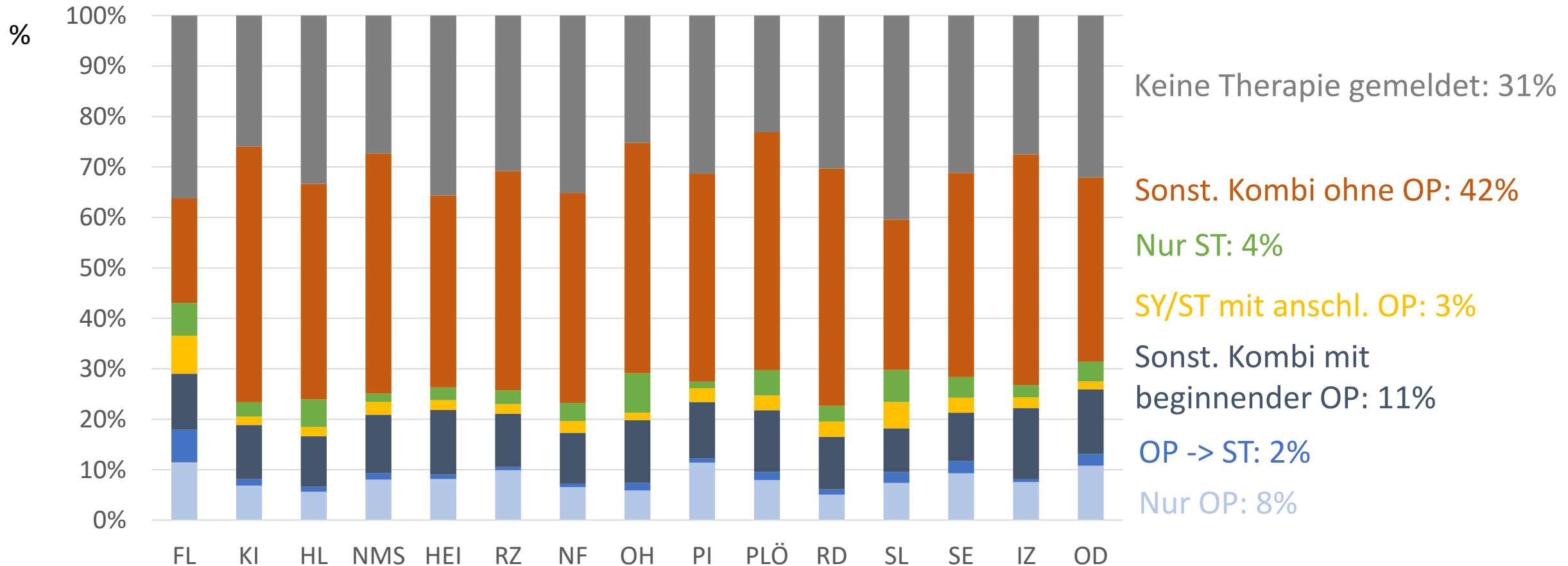


Therapien II

Therapie(kombinationen) nicht metastasiert

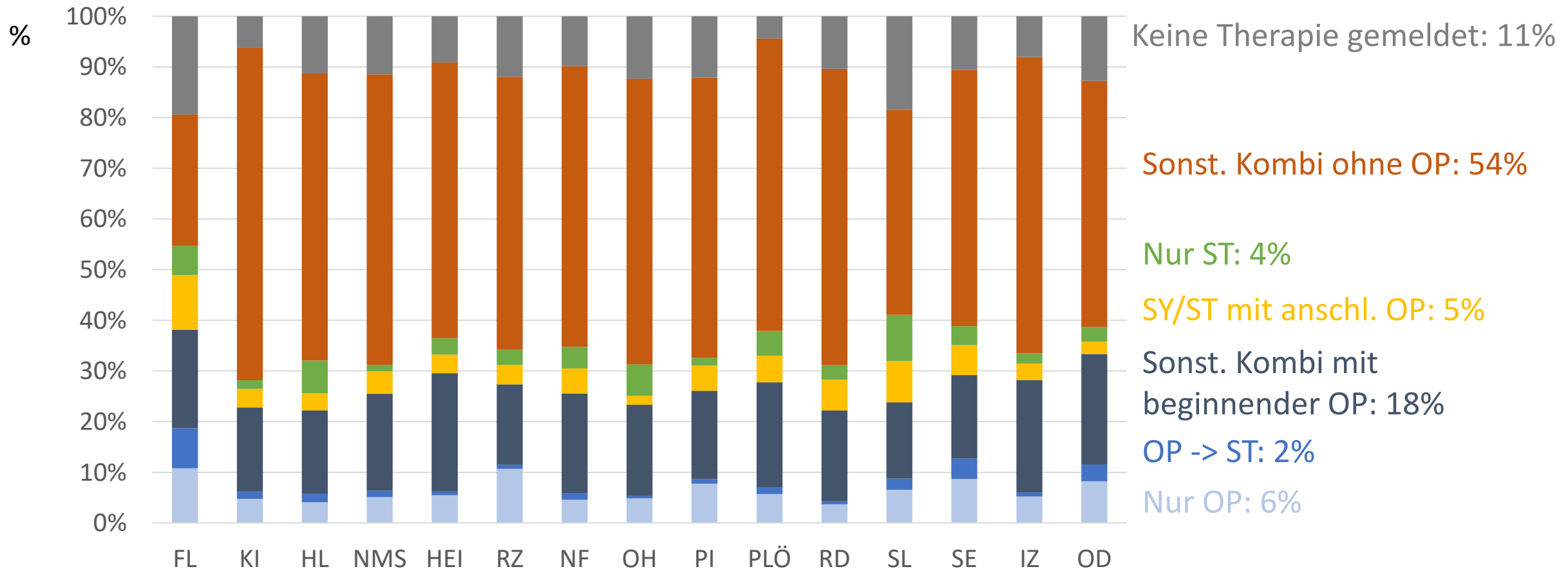


Therapie(kombinationen) metastasiert

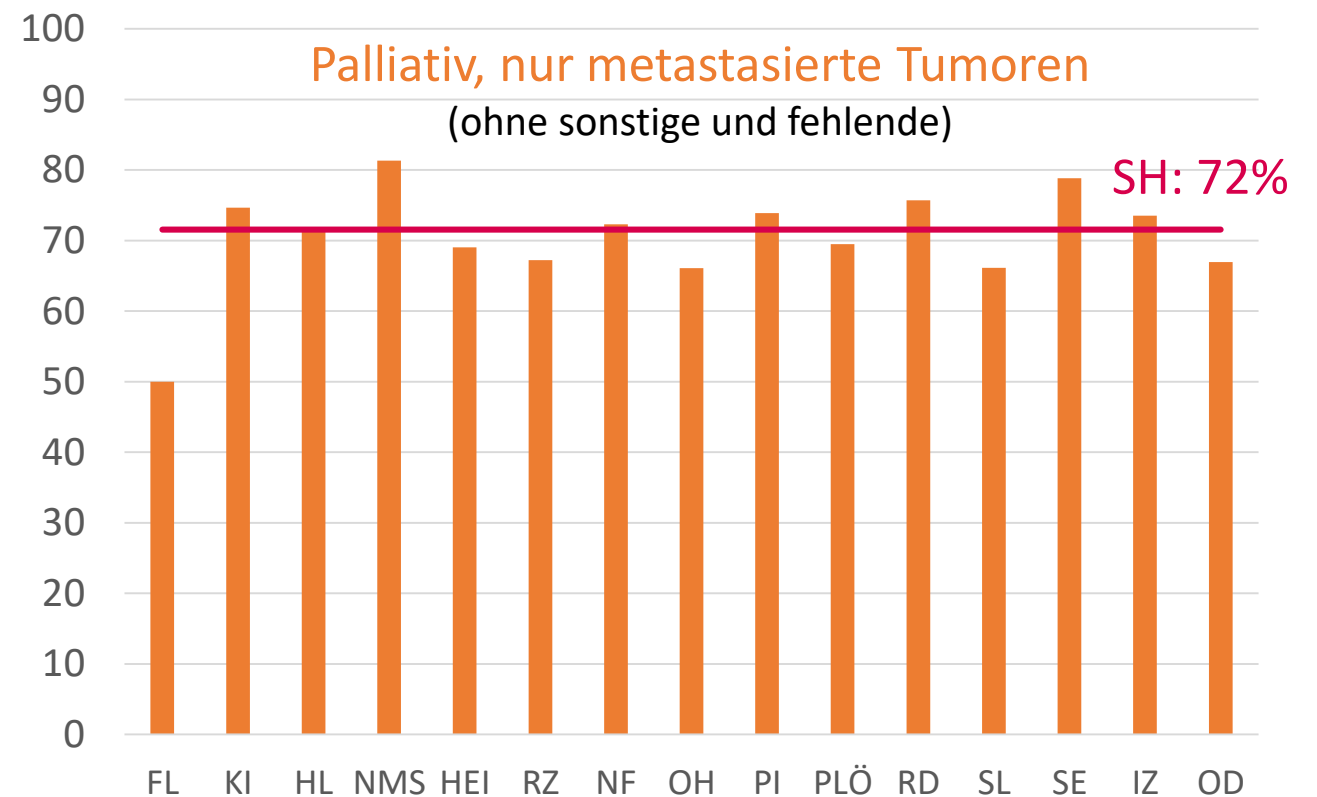
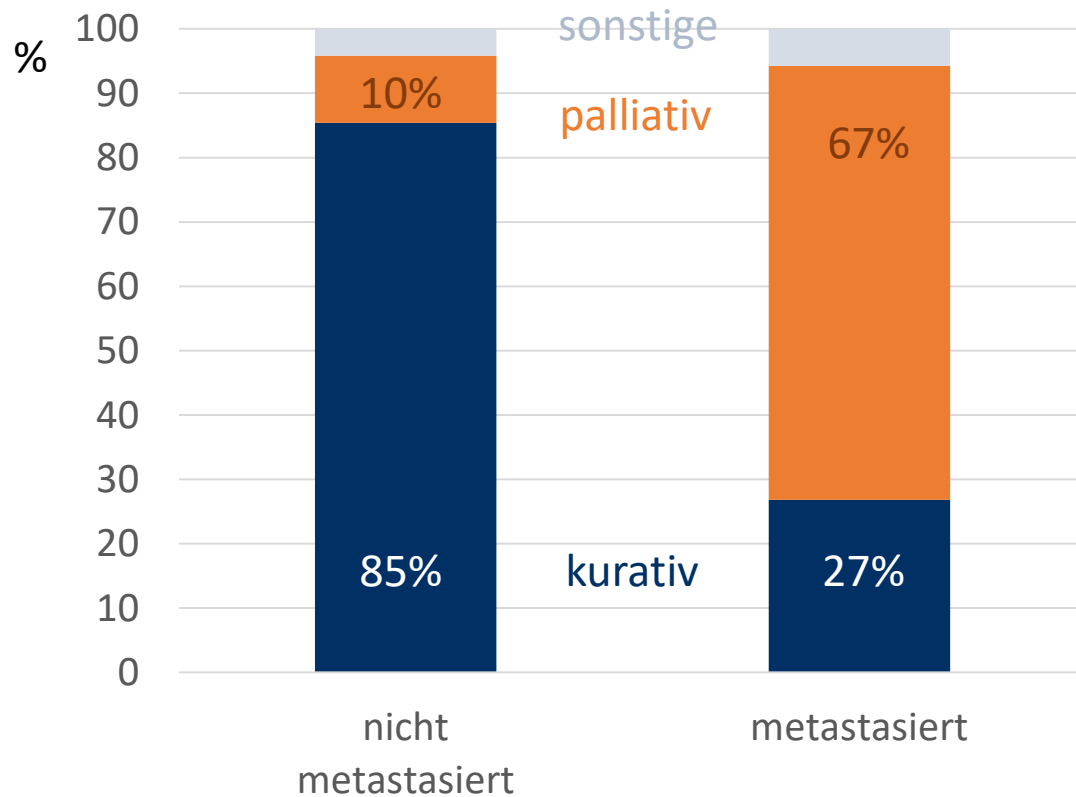


Therapie(kombinationen) metastasiert

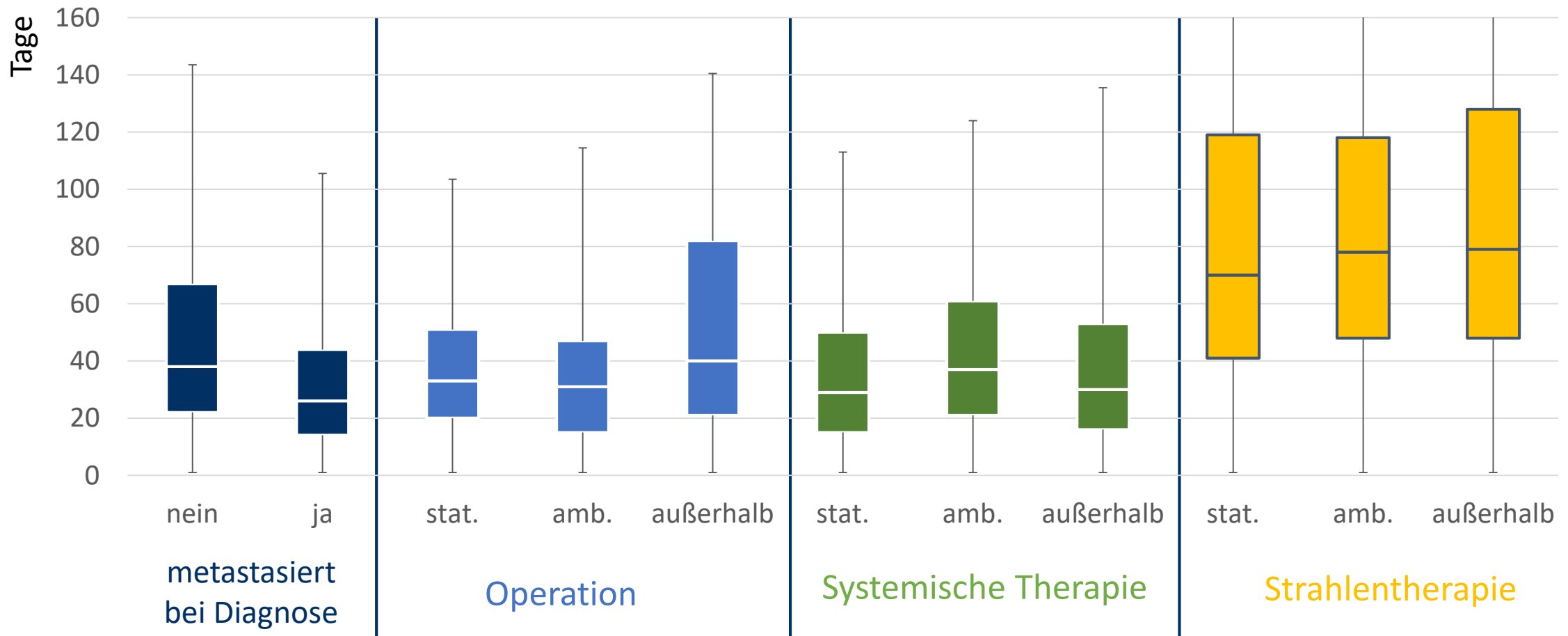
Nur bei Überleben > 6 Monate und unter 80 Jahren



Intention der ersten (dokumentierten) Therapie



Zeit zwischen Diagnose und erster Therapie



Fazit

Fazit

- Unterschiede zwischen den Kreisen sind bei den meisten Indikatoren und Auswertungen nicht sonderlich groß.
- Dort wo es Unterschiede gibt, sind eher Dokumentationsdefizite zu vermuten.
- Die Datenqualität hat sich deutlich verbessert, auch wenn es immer noch Reserven gibt.
- Auch wenn für die meisten Tumoren mittlerweile auch Therapieangaben vorliegen, ist noch nicht sichergestellt, dass ALLE Therapien eines Tumors gemeldet sind. Hier scheinen insbesondere im niedergelassenen Bereich noch Verbesserungen notwendig.

Hinweis

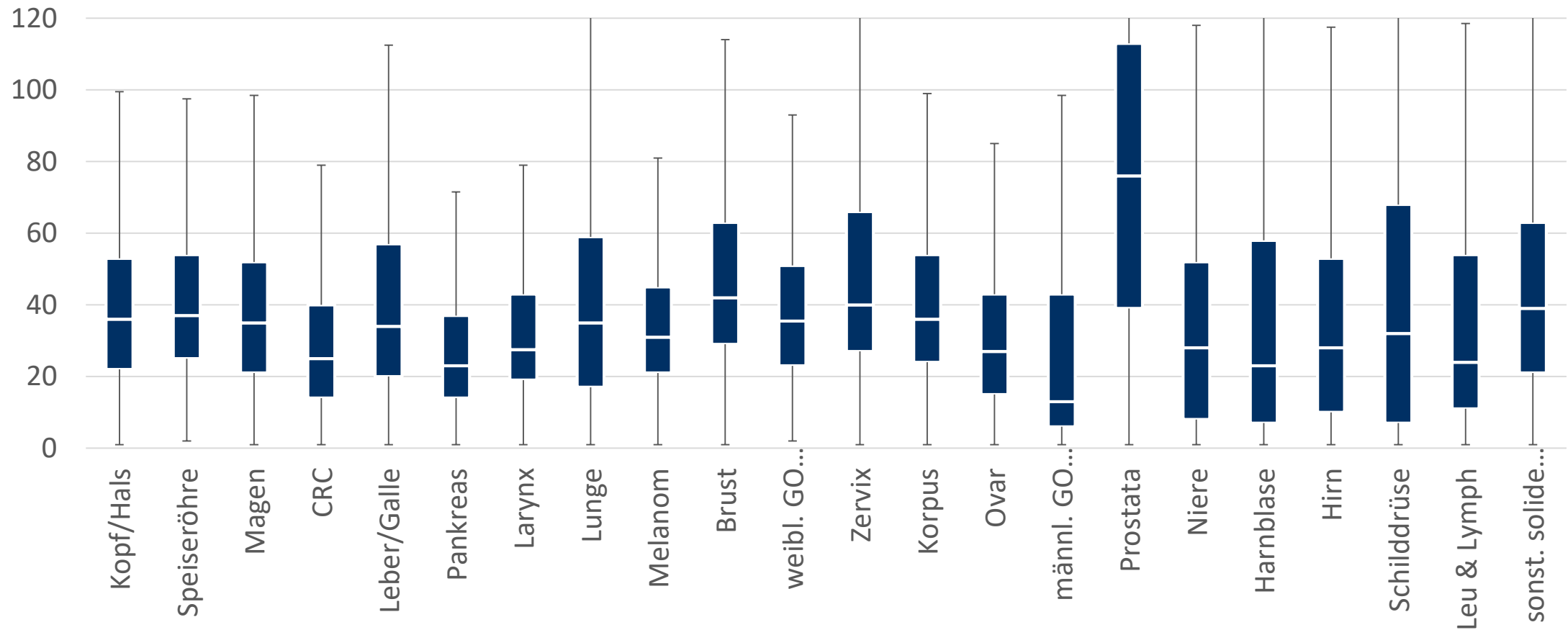
- Viele dieser und ähnlicher Daten finden Sie bereits in den beiden interaktiven Berichten des Krebsregisters
 - <https://www.krebsregister-sh.de/iWOB/index.html>
(wohnortbezogen, eher für epidemiologische Fragestellungen)
 - <https://www.krebsregister-sh.de/iBOB/>
(behandlungsortbezogen, eher für klinische Fragestellungen)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

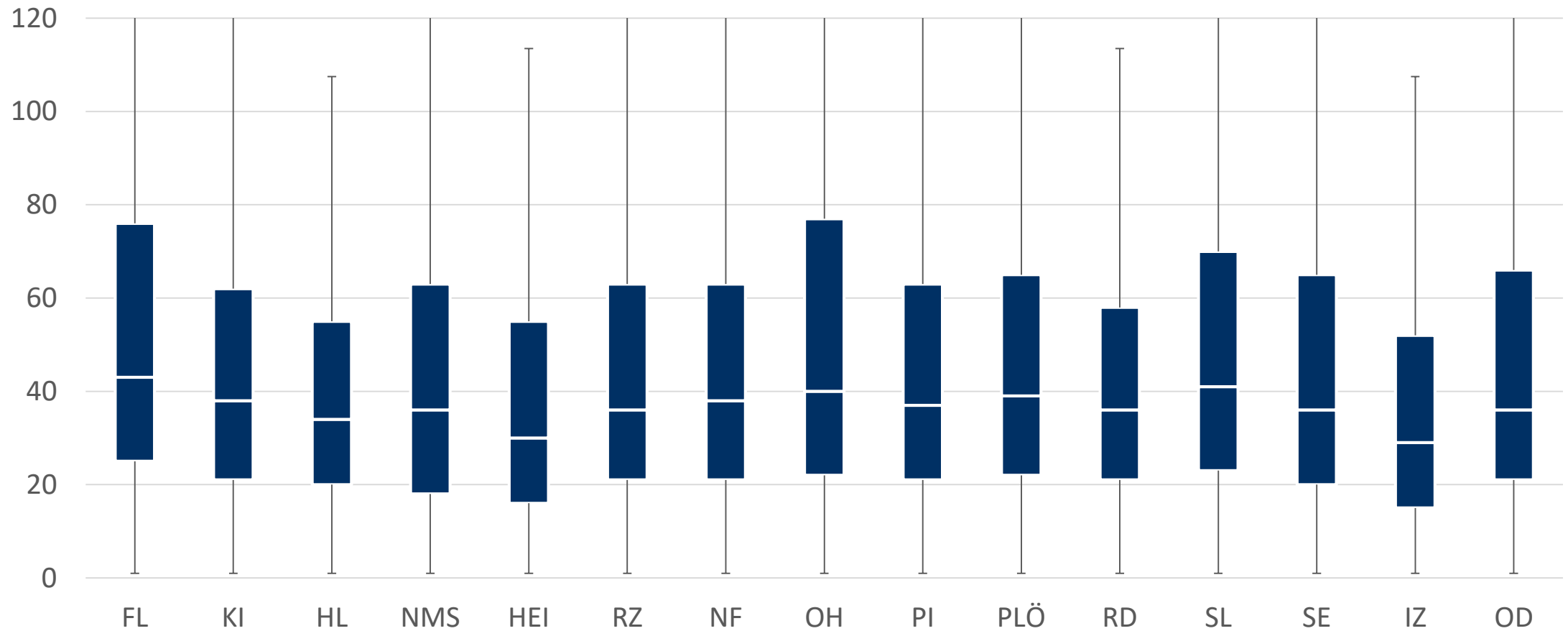
Regionale Versorgungsqualität

Landesqualitätskonferenz, 24. Juni 2026

Zeit zwischen Diagnose und erster Therapie

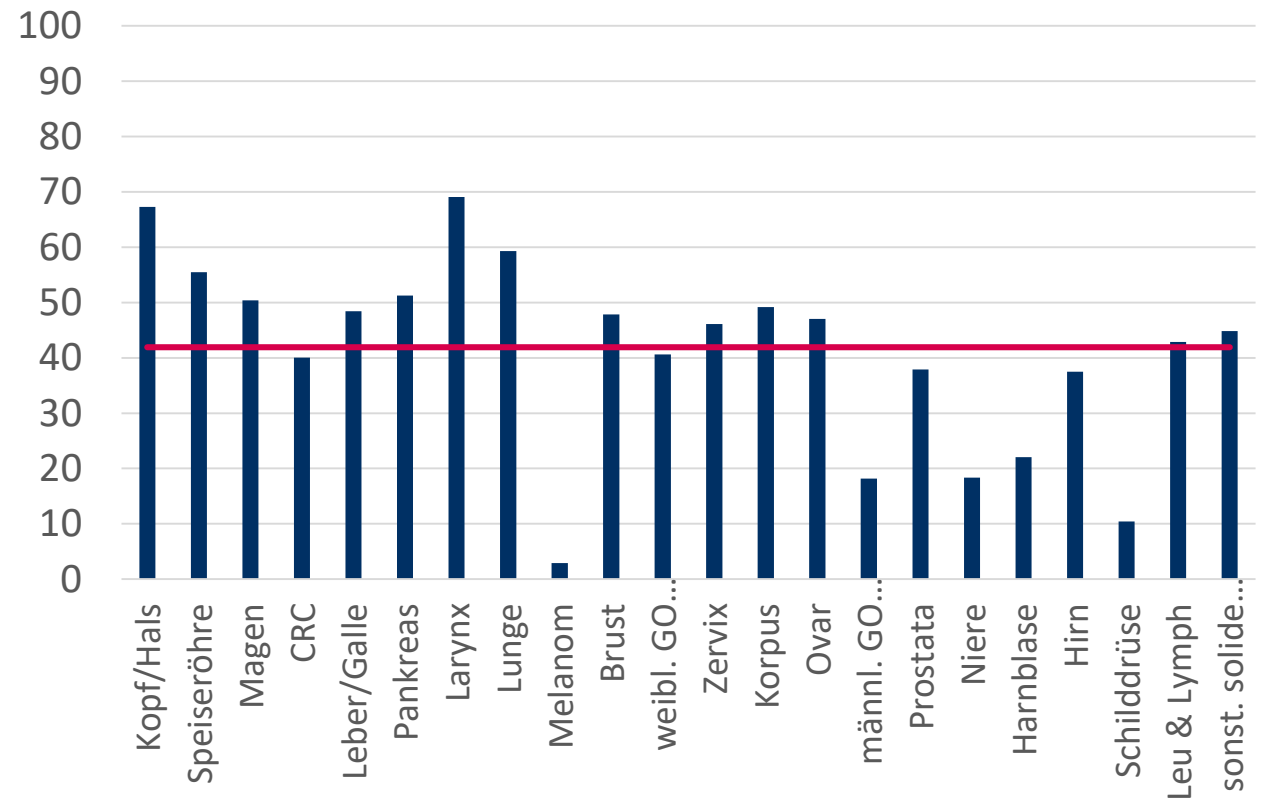
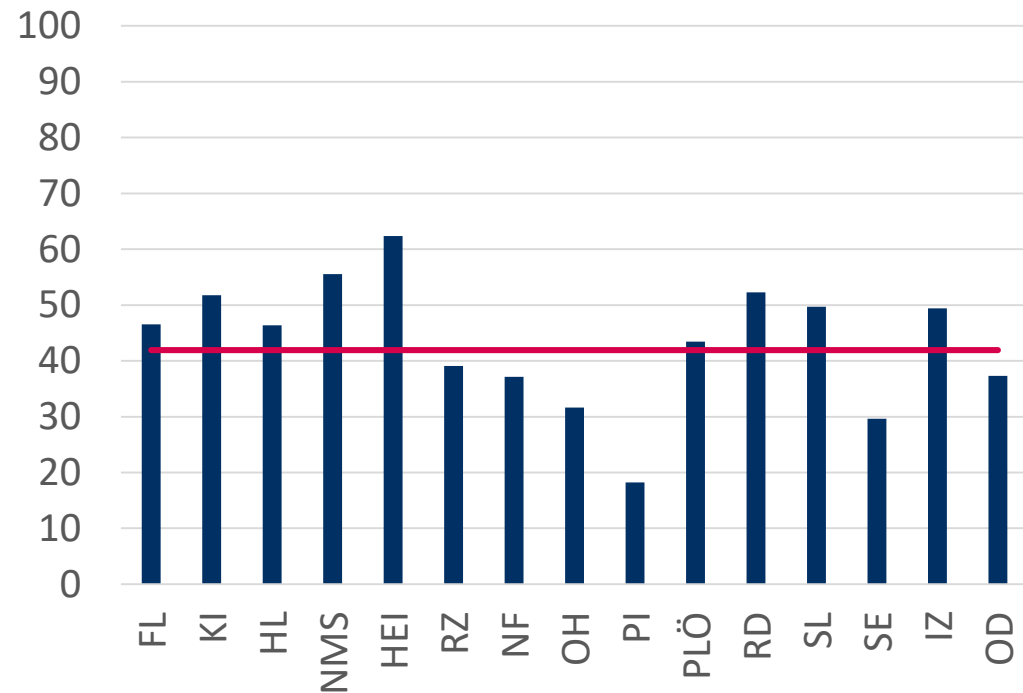


Zeit zwischen Diagnose und erster Therapie

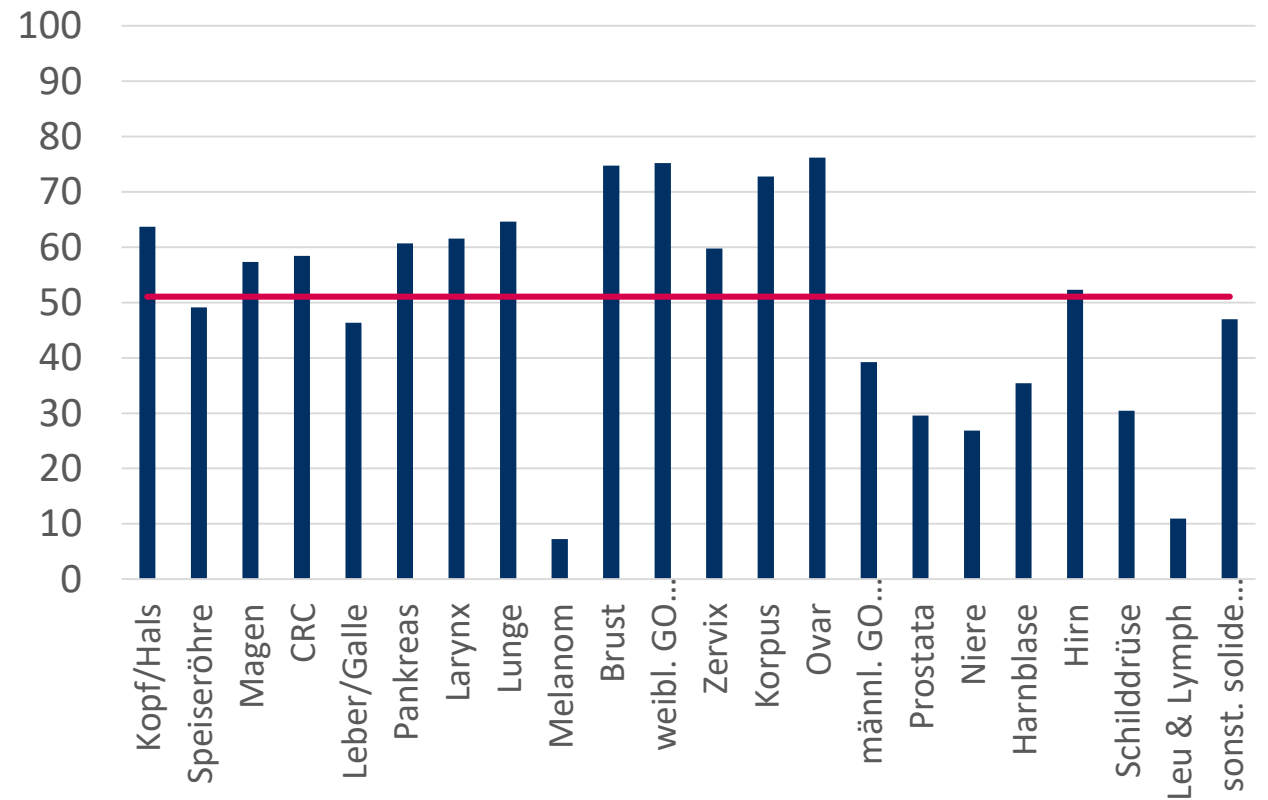
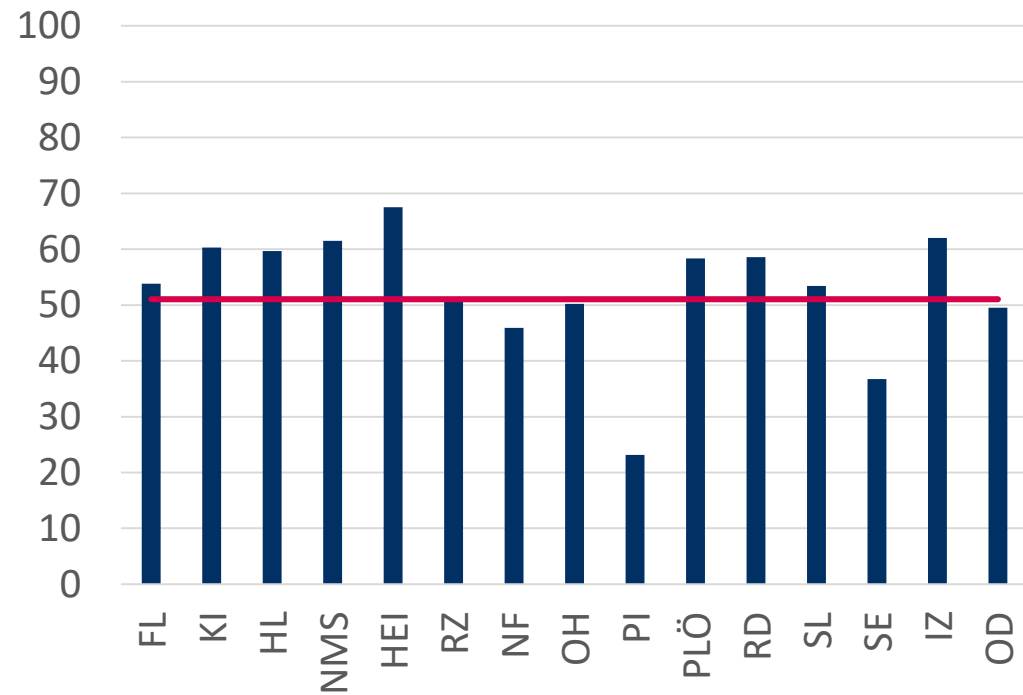


Tumorkonferenzen

Prätherapeutische Tumorkonferenzen



Postoperative Tumorkonferenzen



Landesqualitätskonferenz, 24.06.2026

Schlaglichter Organqualitätskonferenzen in Schleswig-Holstein

Qualitätskonferenzen ab 2025

- Ausschreibung im Januar 2025
- Konzept und Angebot erstellt
- Neuausrichtung

Konzept und Angebot:
Durchführung der Qualitätskonferenzen des
Krebsregisters 2025-2026

Institut für Krebsepidemiologie e.V.

Ratzeburger Allee 160

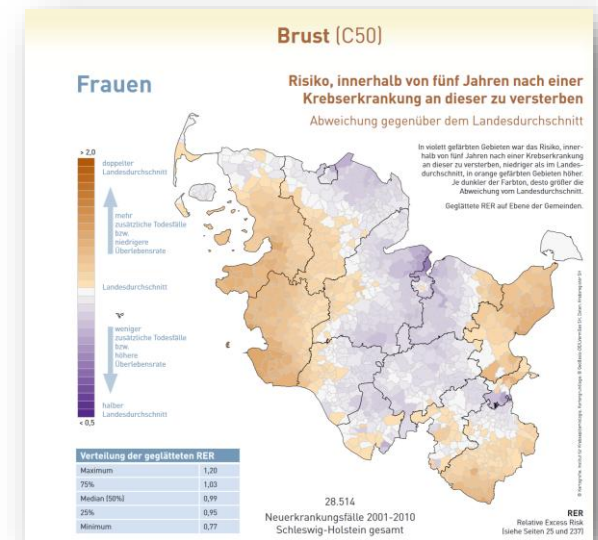
23562 Lübeck

info@krebsregister-sh.de

Stand 29.01.2025

Neues Konzept

- Ergänzung der klassischen Leistungserbringerbezogenen und QI-basierten Inhalte um die Analyse der regionalen Versorgungsqualität
- Ergänzung der Analysen um einfache Versorgungsindikatoren
- QK unter direkter und aktiver Einbeziehung der Leistungserbringer
 - Qualitätskonferenz mit Benchmarking (2 pro Jahr, aus Lunge, Darm, Brust, Prostata)
 - Qualitätskonferenz ohne Benchmarking (1 pro Jahr, „kleine Entität“)
 - Landesqualitätskonferenz (1 pro Jahr, „Spezialthema“)



Neues Konzept seit 2025

Ausblick: Kommende Qualitätskonferenzen

Landesqualitätskonferenz: 24.06.2026 | 16:30-18:30

Programm: Programm Landesqualitätskonferenz 2026

Anmeldung: [↗ Online-Anmeldung](#)

Teilnahme: in Präsenz oder online per Webinar

Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Esmarchstr. 2-4, 23795 Bad Segeberg

Qualitätskonferenz Prostata: 07.10.2026 | 16:00-17:30 (bzw. 19:00 Uhr)

Programm: wird derzeit vorbereitet und nach Fertigstellung hier veröffentlicht

Anmeldung: alle Informationen werden hier zum gegebenen Zeitpunkt vorliegen

Teilnahme: in Präsenz oder online per Webinar (nur allgemeiner Teil)

Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Esmarchstr. 2-4, 23795 Bad Segeberg

Rückblick: Vergangene Termine

Qualitätskonferenz Brust: 20.05.2026 | 16:00-17:30 (bzw. 19:00 Uhr)

Programm: Programm Qualitätskonferenz Brustkrebs 2026

Vortrag herunterladen : Qualitätskonferenzen Brust gesamt 2026

Qualitätskonferenz Kopf-Hals-Tumoren: 22.04.2026 | 16:30-18:00 Uhr

Programm: Programm Qualitätskonferenz Kopf-Hals-Tumoren 2026

Vortrag herunterladen: Qualitätskonferenzen Kopf-Hals-Tumoren gesamt 2026

Qualitätskonferenz Darm: 06.10.2025 | 16:00-17:30 (bzw. 19:00 Uhr)

Programm: Programm Qualitätskonferenz Darmkrebs 2025

Vortrag herunterladen : Qualitätskonferenz Darm gesamt

Landesqualitätskonferenz: 02.07.2025 | 15:30-18:00 Uhr

Programm: Programm Landesqualitätskonferenz 2025

Vortrag herunterladen : Landesqualitätskonferenz gesamt

Qualitätskonferenz Lunge: 04.06.2025 | 16:00–18:45 Uhr

Programm: Programm Qualitätskonferenz Lunge 2025

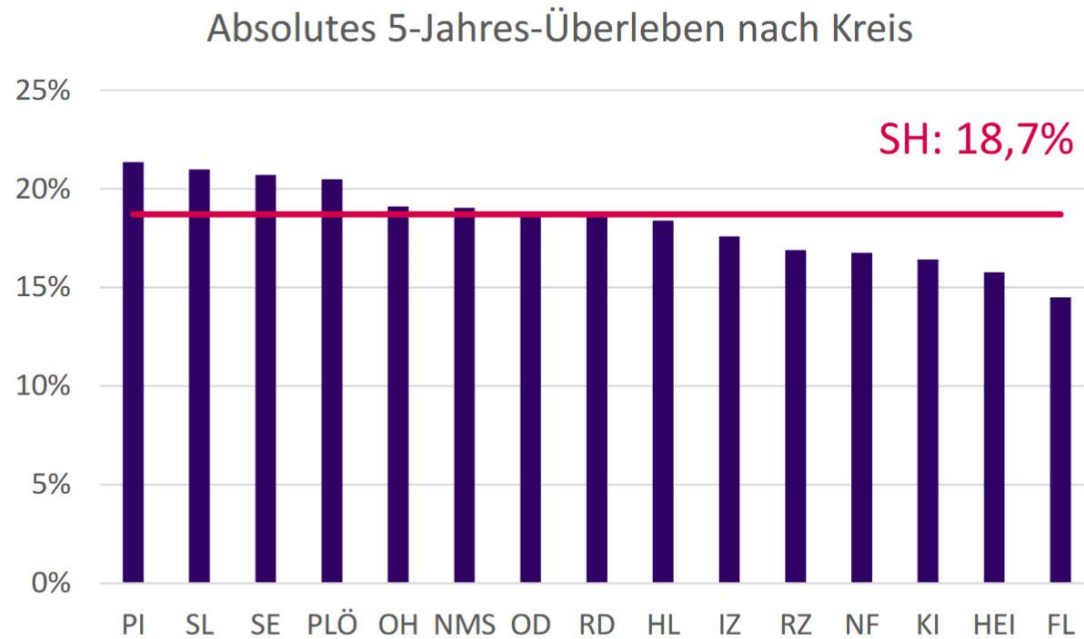
Vortrag herunterladen: Qualitätskonferenzen Lunge gesamt

Unsere Fachexperten – Herzlichen Dank!!!

- Dr. Ritgen, UKSH, Campus Kiel (QK Lunge 2025)
- Prof. Dr. von Bubnoff, UKSH, Campus Kiel (LQK 2025)
- Dr. Nolde, UKSH, Campus Lübeck (QK Darm 2025)
- Dr. Klor, Deutsche Krebsregister (QK Kopf-Hals 2025)
- Prof. Dr. Maass UKSH, Campus Kiel (QK Brust 2026)
- Dr. Bertram, Strahlentherapie Hamburg Harburg/Bergedorf (LQK 2026)
- Prof. Dr. Merseburger, UKSH, Campus Lübeck (QK Prostata 2026)

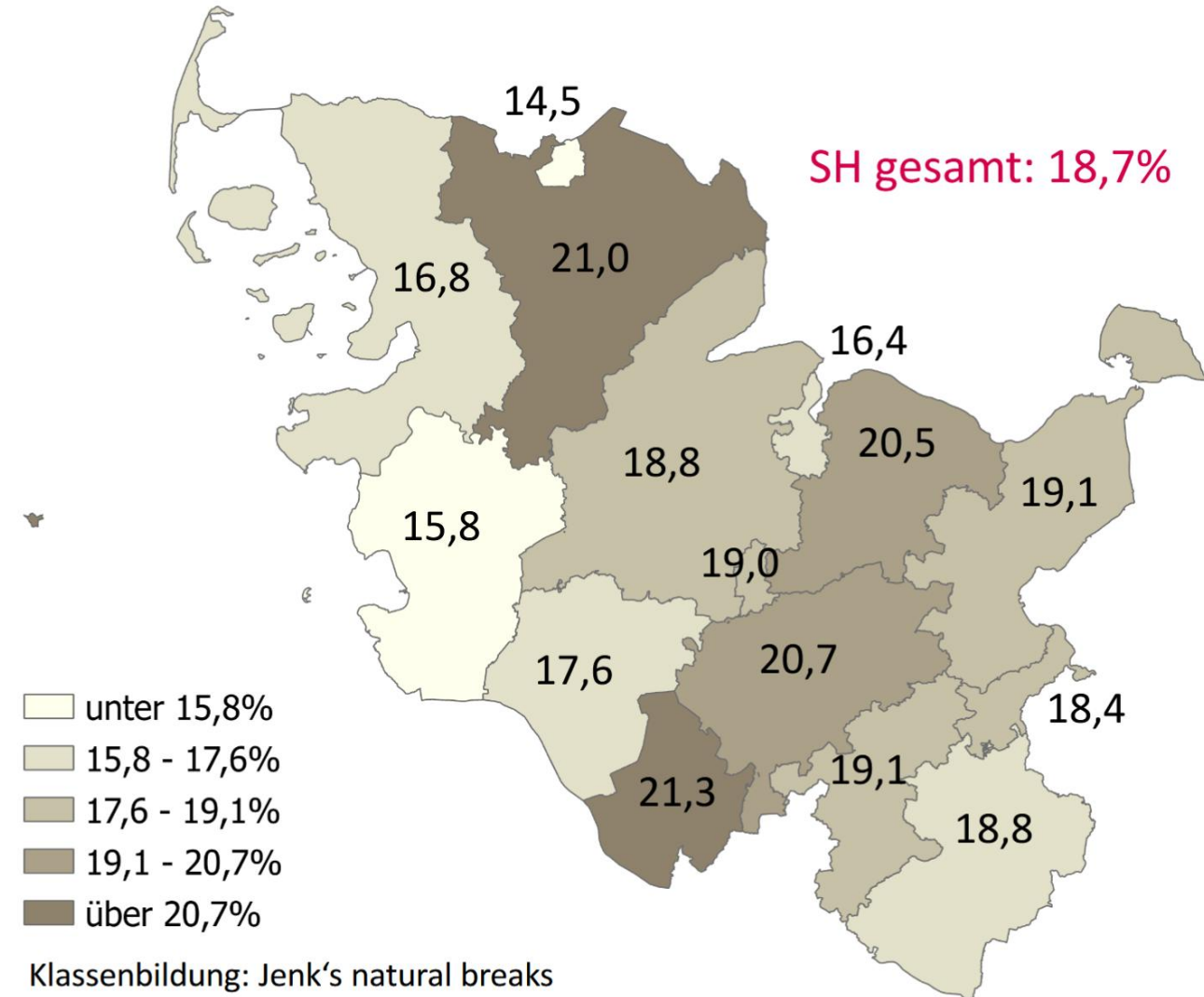
Schlaglichter

Versorgungsindikator – 5-Jahres-Survival



absolutes Überleben

- Periodenansatz
- 2021-2024
- eingeschlossene Fälle: 12.753



QK Lungenkrebs

QI 16 - Platin/Etoposid und PD-L1-Antikörper bei SCLC Stadium IV (nur Haupt-LE)

QI 16 - Chemo-Immuntherapie SCLC Stadium IV (V2.2, 2023)

Nenner LL
Alle Pat. mit Erstdiagnose SCLC Stadium IV und Chemotherapie (Platin/Etoposid)

Zähler LL
Patienten des Nenners mit Kombination mit PD-L1-Antikörper-Therapie (Atezolizumab oder Durvalumab)

Nenner AG QI §65c

ICD-10 C34 und SCLC

UND

Stadium IV

UND

Systemische Therapie Cisplatin/Carboplatin + Etoposid

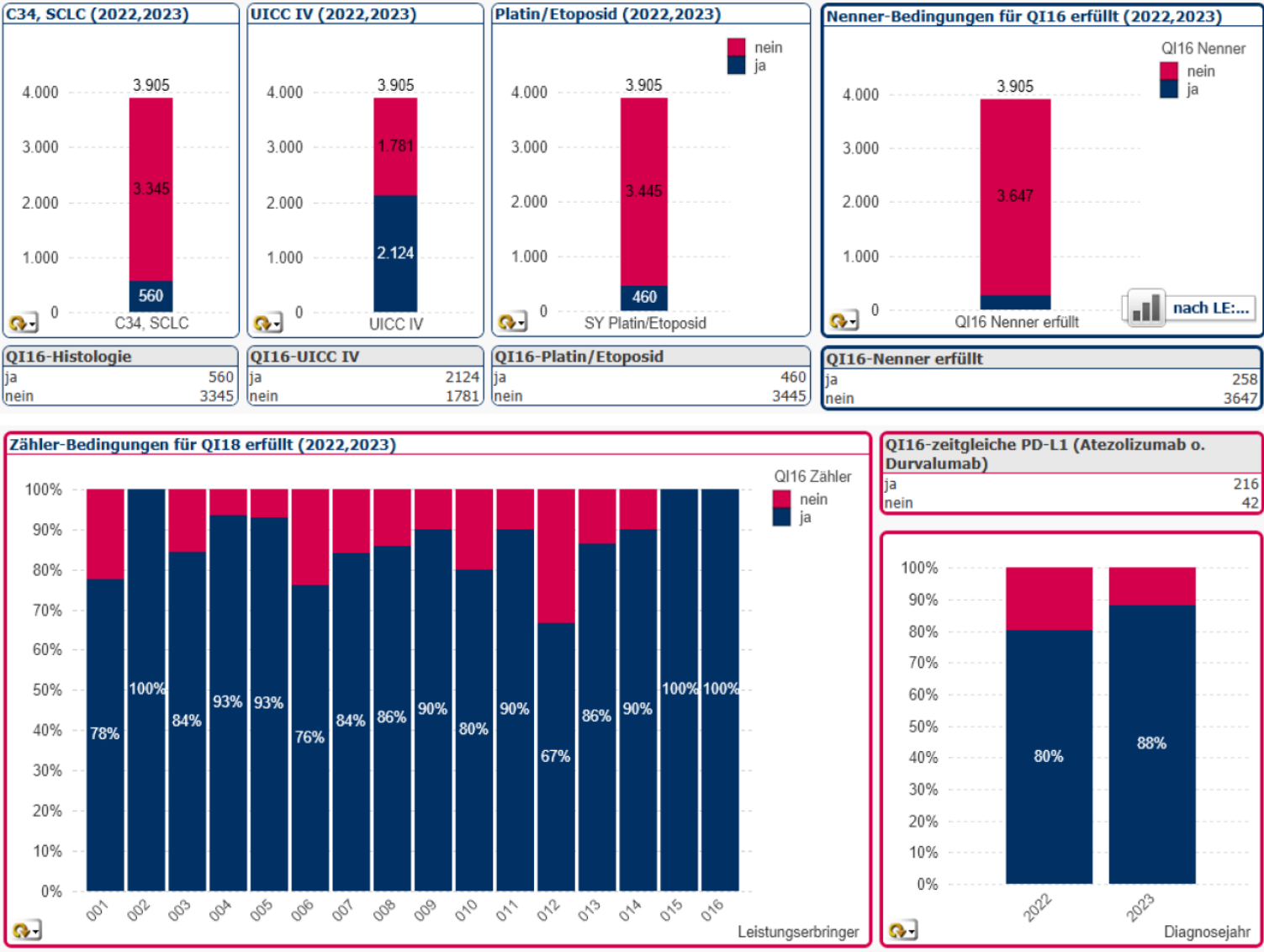
Zähler AG QI §65c

Zeitgleiches Vorliegen systemische Therapie mit Substanz = Atezolizumab oder Durvalumab (PD-L1-Antikörper-Therapie)

hier:
CH: Platin + Etoposid = Cisplatin/Carboplatin + Etoposid, zeitgleich: SY-Start innerhalb von 3 Wochen

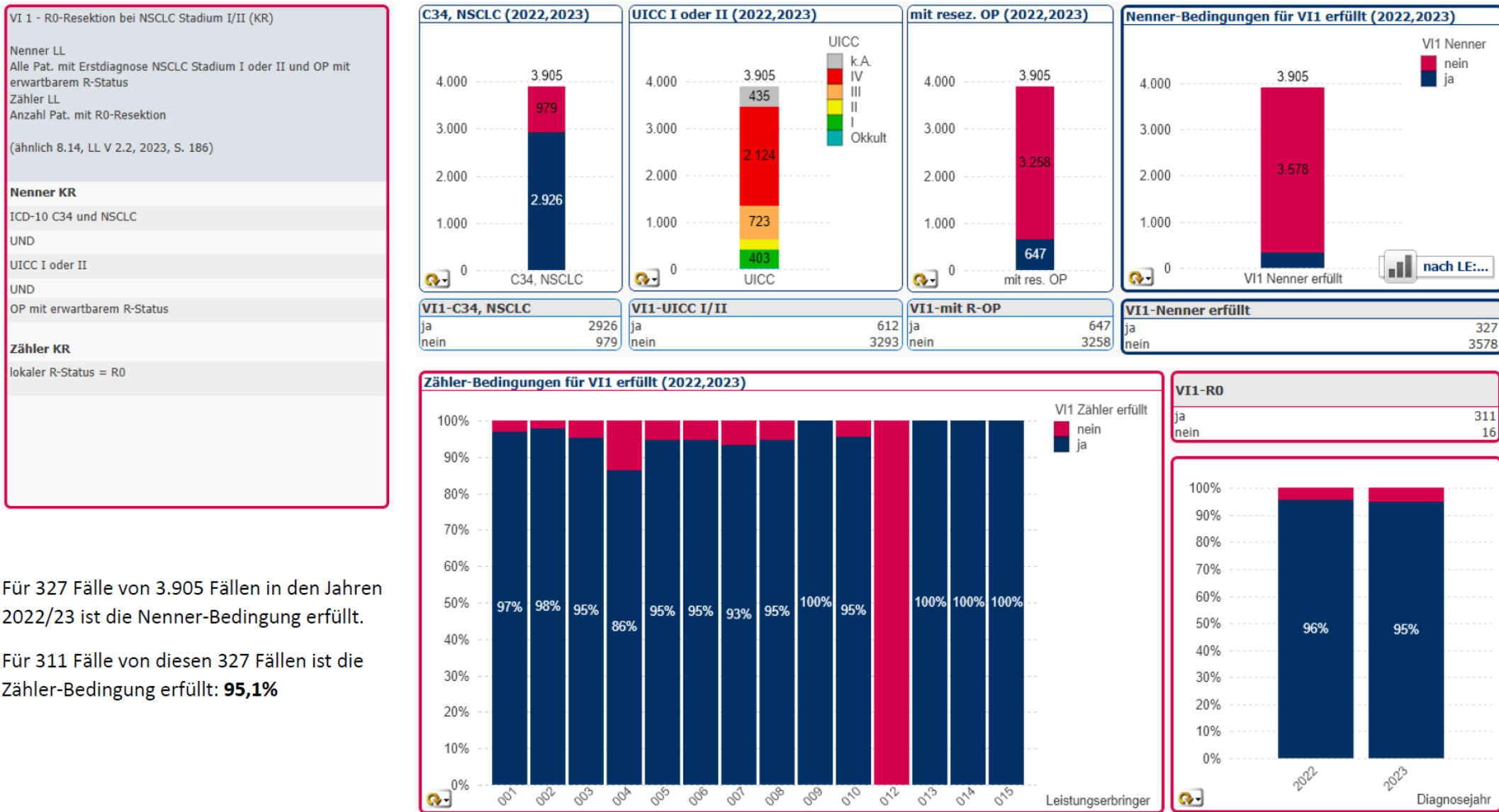
Für 258 Fälle von 3.905 Fällen in den Jahren 2022/23 ist die Nenner-Bedingung erfüllt.

Für 216 Fälle von diesen 258 Fällen ist die Zähler-Bedingung erfüllt: **83,7%**



QK Lungenkrebs

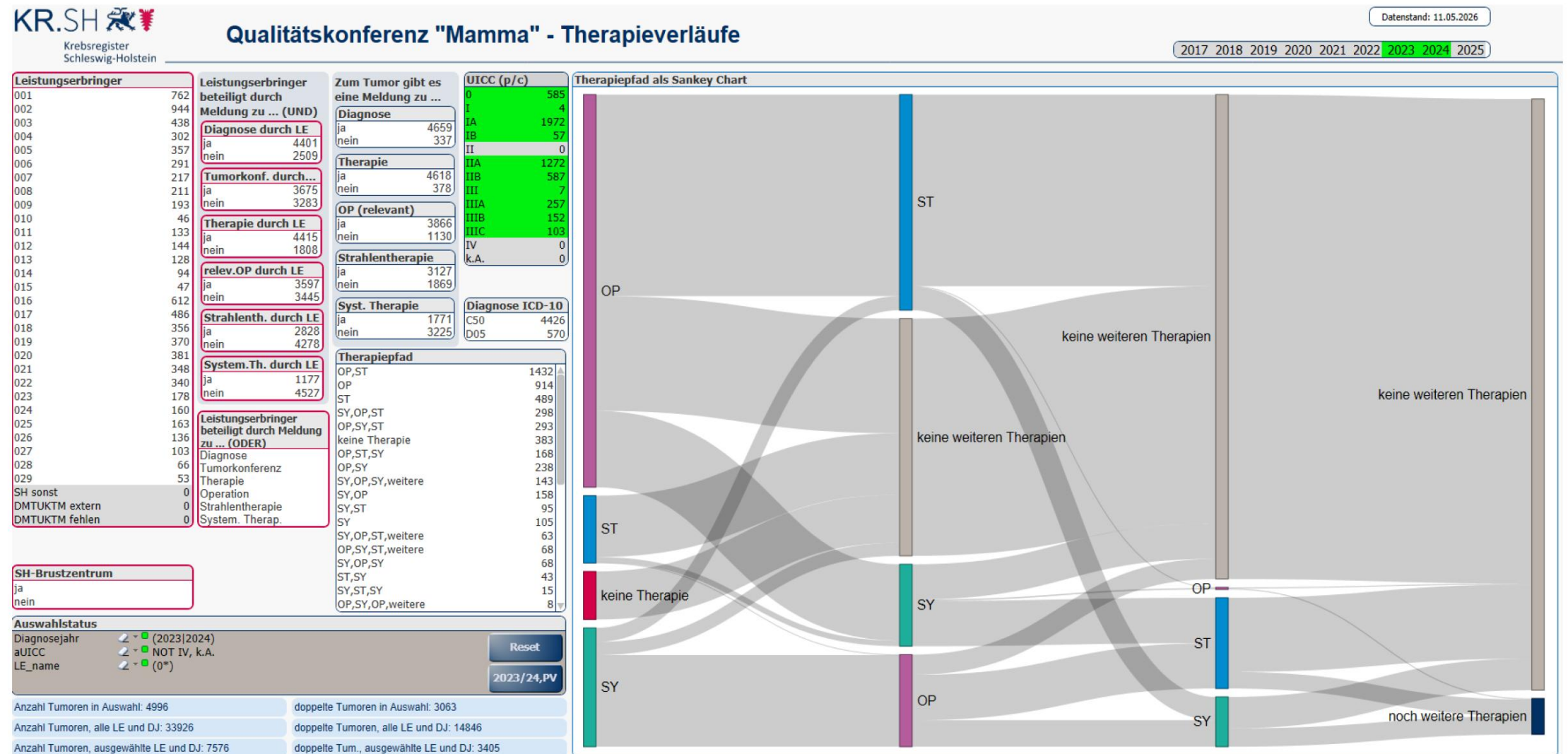
VI1: Wie häufig wurde der R-Status ,R0' bei Patientinnen und Patienten mit einer Erstdiagnose NSCLC im Stadium I oder II erreicht?



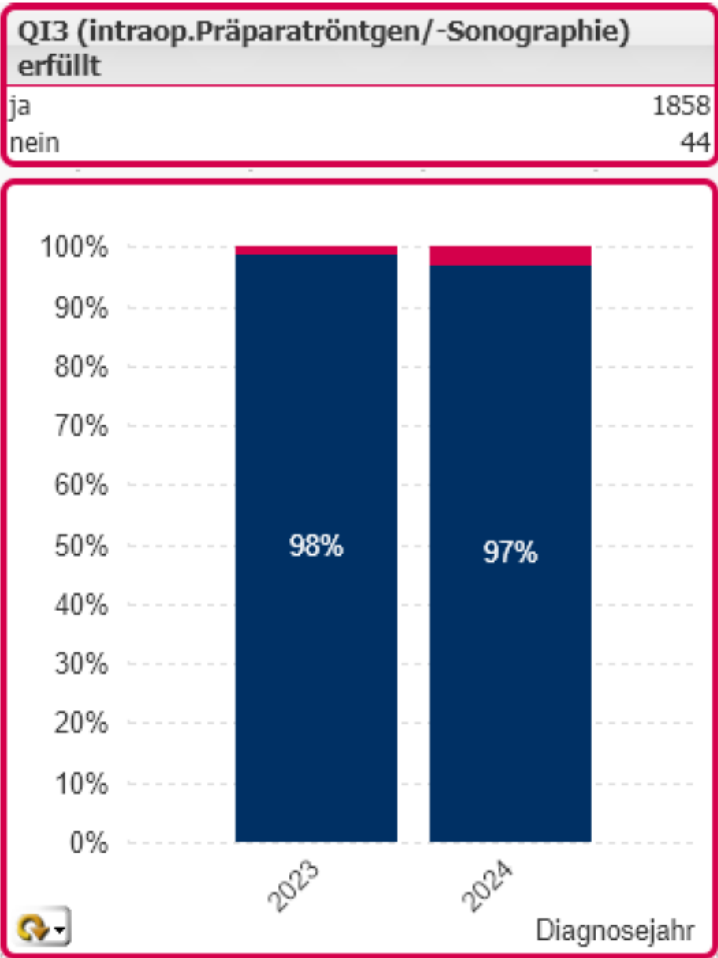
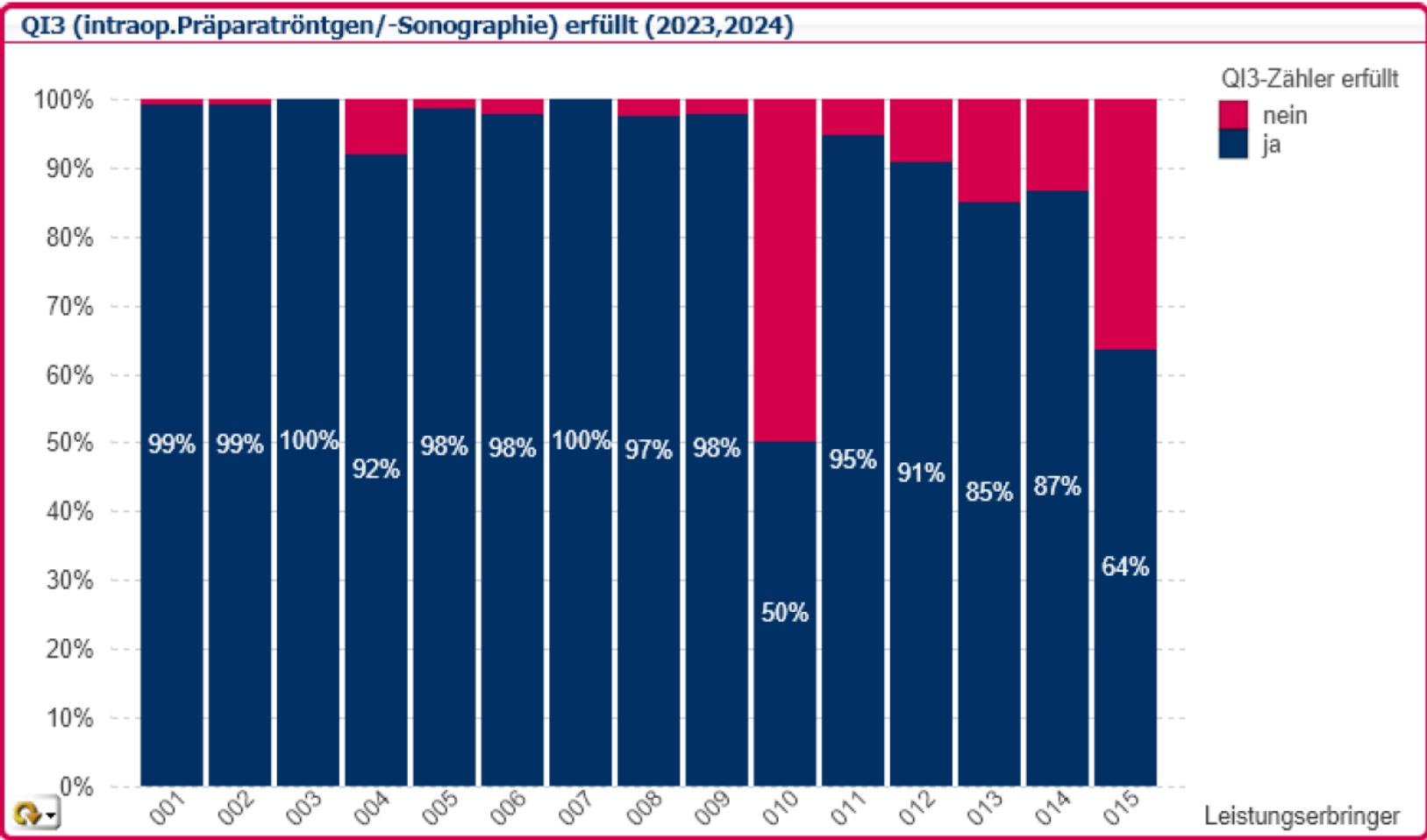
QK Brustkrebs

Therapiepfad UICC 0-III

Filter: 4.996 Fälle mit Diagnose in 2023/2024, für die mindestens eine DM, TUK oder TM durch einen der Primärversorger (LE001-LE029) vorliegt und ein UICC-Status von 0, I oder II angegeben ist.



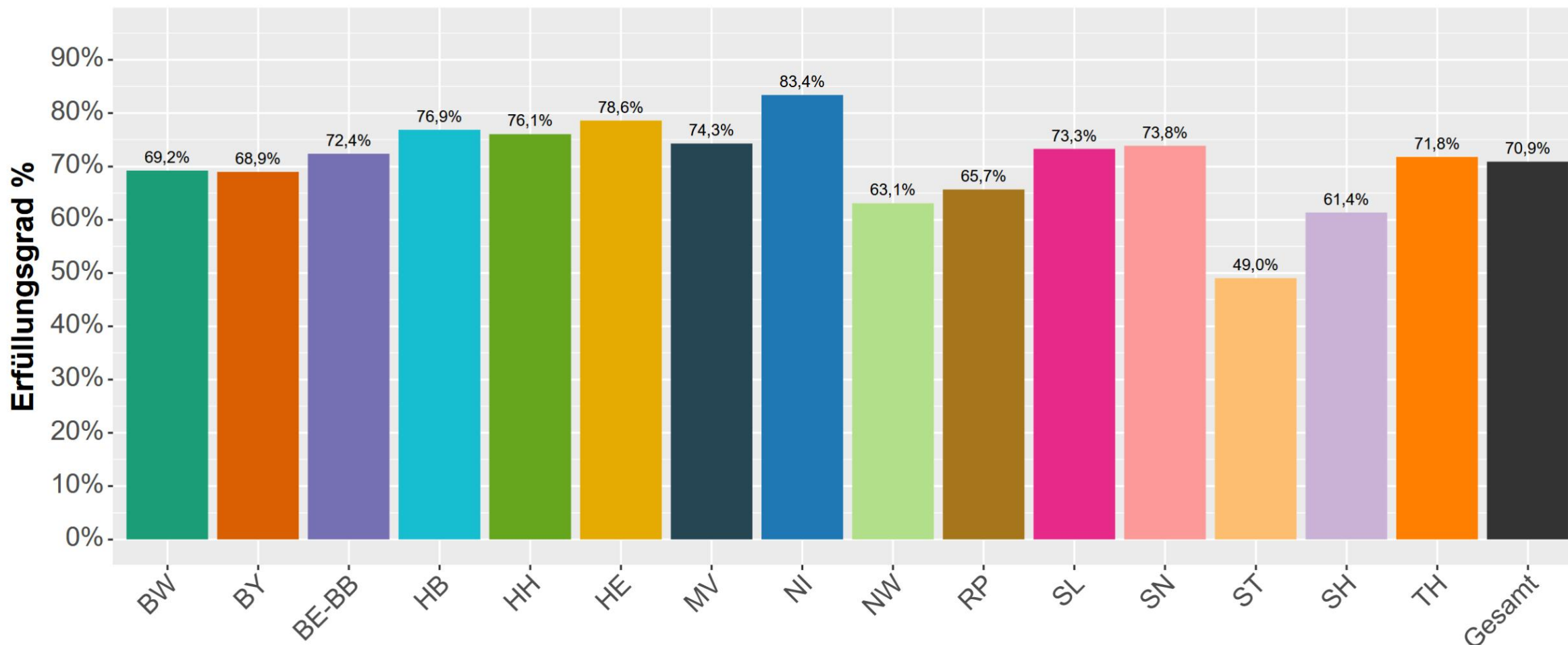
QK Brustkrebs



QK Kopf-Hals-Tumore – hier: Mundraum

K1: transorales Verfahren

Registervergleich für LE mit ≥ 25 Fälle

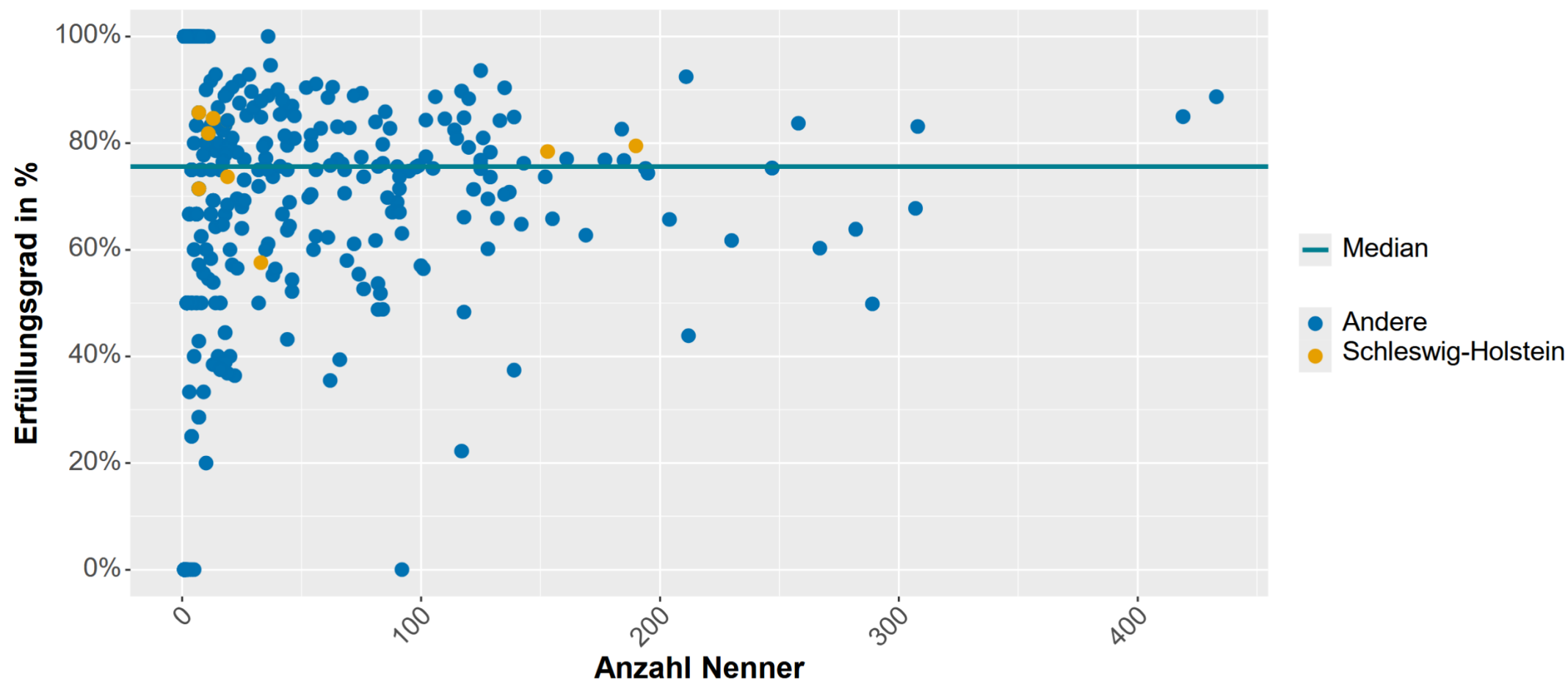


Bundesland

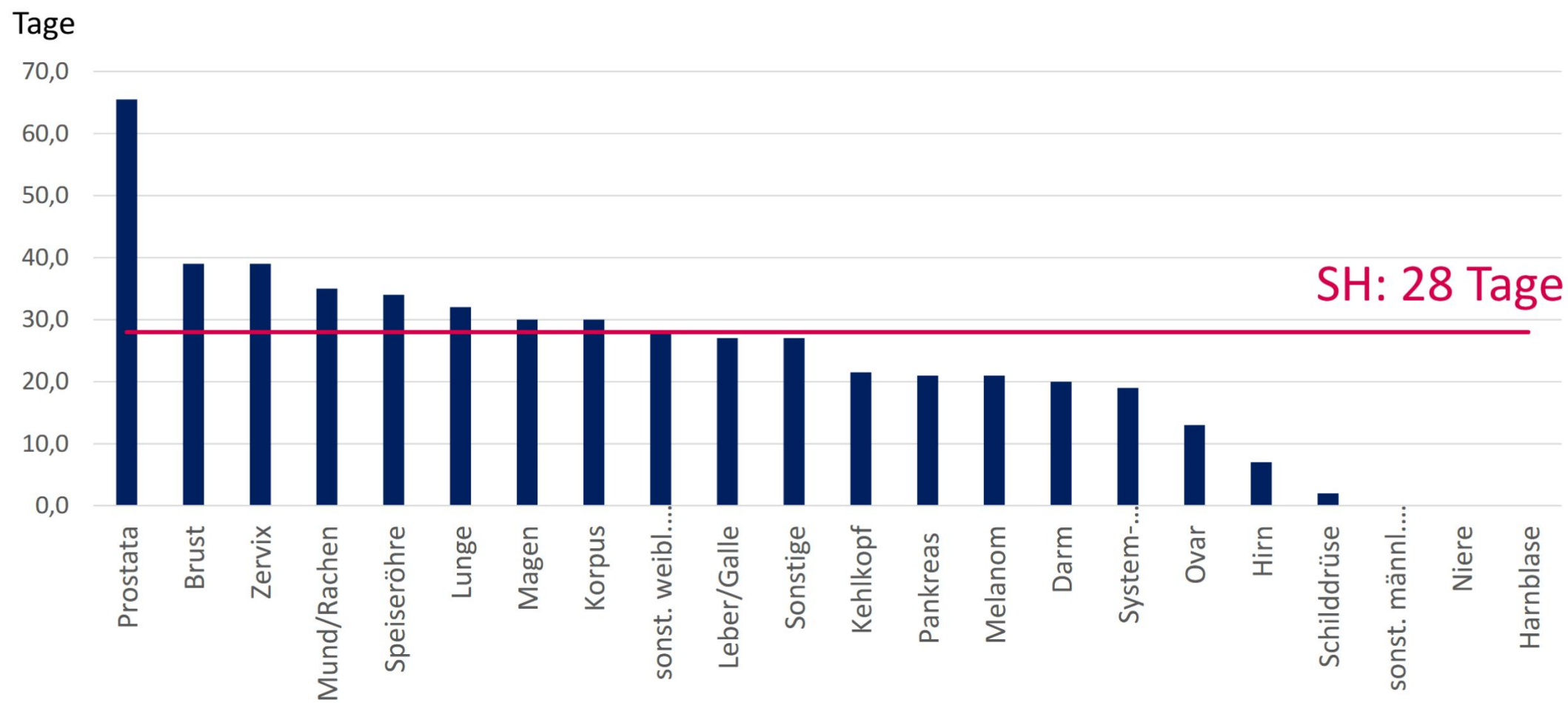
QK Kopf-Hals-Tumore – hier: Mundraum

K2: R0-Resektion

Leistungserbringende (mit ≥ 25 Fällen)



Zeit zwischen Diagnose und 1. Therapie



Bewertung (1)

- Das KRSH hat leistungsfähige und umfassende Strukturen aufgebaut, um die onkologische Versorgung aus verschiedensten Blickwinkeln zu betrachten.
- Unterschiedliche Sichtweisen auf „Qualität“ sind wichtig
 - Leistungserbringende
 - Erkrankte Bevölkerung in Regionen

Bewertung (2)

- Es gibt Unterschiede in der onkologischen Versorgung
 - Leistungserbringende
 - Erkrankte Bevölkerung in Regionen
- Die Unterschiede bei Qualitätsindikatoren zwischen den (großen) Leistungserbringern sind überwiegend gering
- Zentren haben tendenziell bessere Ergebnisse (bei fortgeschrittenen Stadien)
- Regionale Unterschiede existieren aber weiterhin

Bewertung (3)

- Es gibt weiterhin Defizite in der Datenerfassung
 - Große Kliniken melden (überwiegend) gut – mit Luft nach oben
 - Therapiedaten aus dem ambulanten Sektor fehlen offensichtlich
- ToDo:
 - Verstärkte Ansprache von Niedergelassenen durch Krebsregister, Zentren und Ministerium
 - Sanktionen? (das fordern die Krankenkassen)

In God we trust;
all others must bring data.

W. Edwards Deming (1900–1993)