

## Erläuterungen und Anmerkungen

### **Das Ziel der Abfrage**

Es soll die Versorgungssituation der Karzinome Mamma, Kolorektal, Lungen, Prostata, Melanom, Niere, Ösophagus/Magen, Zervix, Vaginal, Pankreas und Sarkome im Bundesgebiet auf der 8. Bundesweiten Onkologischen Qualitätskonferenz abgebildet werden. Dabei sollen die Darlegungen der vergangenen sieben Konferenzen ausgebaut und vertieft werden.

Die Struktur der Datensätze für die Abfrage hat sich in diesem Jahr grundlegend geändert. Statt getrennter Datensätze pro Entität gibt es jetzt einen einheitlichen Datensatz „Allgemein“ für alle Entitäten, ergänzt um eventuelle Felder pro Entität. Dort werden auch noch die Felder wiederholt, die einen entitätsspezifischen Inhalt haben.

Die Struktur der Datensatz ist soweit wie möglich konform der Definition des Onkologischen Basisdatensatzes (ADT/GEKID).

Wir verstehen, dass die Änderungen tiefgreifend sind und einmaligen Aufwand verursachen, aber mit der neuen Struktur ist das System auf die Zukunft vorbereitet und neue Karzinomen können ohne Aufwand abgefragt werden.

Feld 4 (Patient\_Hash) ist neu und freiwillig. Das hier abgefragte Verfahren ist ähnlich dem im „Manual der Krebsregistrierung“ beschriebenen Prozedur. Dieses Feld wird nur zum Abgleich von Dubletten benutzt und nicht an die Auswerterteams weitergereicht. Wichtig ist, dass die Verschlüsselung genau stattfindet, wie beschrieben, Geschlecht mit Großbuchstabe und die erste 5 Buchstaben des Nach- und Vornamens auch mit Großbuchstaben.

### **Vollständigkeit**

Auch wenn bestimmte Angaben nicht gemacht werden können, möchten wir Sie herzlich bitten, Ihre vorhandenen Daten zu übersenden. Jede Einsendung ist willkommen!

### **Freiwilligkeit**

Es sei ausdrücklich betont, dass die Teilnahme selbstverständlich freiwillig erfolgt. Dies erstreckt sich bis zu den Angaben in einzelnen Feldern. Bitte nutzen Sie ggf. die Ausprägung für „unbekannt/keine Angabe“, wenn angegeben, oder lassen Sie das Feld leer, wenn Sie keine Angaben machen können oder wollen.

### **Ablauf**

Nach Eingang erfolgen in der Geschäftsstelle eine formale und auch eine erste inhaltliche Prüfung.

Sie erhalten eine Rückmeldung, die es Ihnen ggf. auch ermöglicht, etwaige Unstimmigkeiten in Ihren Daten zu prüfen und evtl. zu ergänzen. Solche Korrekturen werden von der Geschäftsstelle aufgenommen und implementiert.

Im Anschluss erfolgt die Auswertung der Entitäten Mammakarzinom durch Frau Dr. Schrodi und Frau Prof. Dr. Engel in München, Kolorektales Karzinom durch Herrn Dr. Gerken in Regensburg, Malignes Melanom durch Herrn Dr. Schoffer in Dresden, Nierenzellkarzinom durch Frau Schmidt in Hannover, Prostata durch Frau Dr. Schneider in Neuruppin, Ösophagus/Magen und Pankreas durch Herrn Dr.

Hummel in Lübeck, Zervix durch Frau Dr. Sackmann in und Frau Dr. Bernhardt in Frankfurt, Sarkome durch Frau Dr. Zeißig in Mainz sowie Lunge und Vaginal durch Herrn Kleihues-van Tol in Berlin.

Nach der Qualitätskonferenz erhalten Sie wie gewohnt eine ausführliche Rückkopplung.

## **Datenstruktur und Datenübermittlung**

### **Dateiformat**

Die beiden folgenden Formate stellen Alternativen dar, bitte verwenden Sie das, was Ihnen weniger Aufwand verursacht. Für Fragen stehen wir in jedem Fall jederzeit gerne zur Verfügung.

#### **1. Übermittlung im bisherigen csv-Format**

Im Anhang erhalten Sie eine Excel-Datei mit einer genauen Beschreibung der Felder, die zu den einzelnen Entitäten abgefragt und ausgewertet werden. Mit Rücksicht auf existierende Ausleseprogramme wurden die Änderungen zur letzten Version darauf beschränkt, das Datum der ersten Tumorkonferenz sowie Protokolle/Substanzen der Chemotherapie abzufragen.

Bitte übermitteln Sie uns eine CSV-Datei im ASCII-Format pro Entität.

Der Name der Datei sollte die Entität und den Datenlieferer enthalten. Beispiel:  
„RegensburgDarm2016.csv“ (Er kann noch mehr Angaben enthalten, wenn gewünscht.)  
Feldtrennzeichen ist das Semikolon << ; >>.

Zeilentrennzeichen ist << CR LF >> (Hex 0D 0A, Dezimal 13 10) Wenn Sie Ihre Datei als MSDOS oder Windows-CSV-Datei erzeugen, geschieht dies automatisch korrekt.

Bitte halten Sie die vorgegebene Feldreihenfolge und das Spaltenformat ein, wie in der ExcelDatei definiert.

Bitte übermitteln Sie alle Felder der Vorgabe.

In der ersten Zeile einer Datei übermitteln Sie bitte die Spaltenüberschriften, auch hier durch Semikolon getrennt. Bitte verwenden Sie für die Bezeichnung die Vorgabe aus dem Feld Variablenname der Excel-Datei.

Doubletten sollten ausgeschlossen sein.

Diagnosezeitraum 2000-2018

Wenn bei bekanntem Tod des Patienten das Sterbedatum nicht bekannt ist, dieses nicht (z. B. mit einem fiktiven Datum) füllen, sondern leer lassen.

Wenn ein Therapiedatum vor dem geschätzten Diagnosedatum liegt, setzen Sie bitte das Diagnosedatum auf das früheste Therapiedatum.

UICC-Stadium bitte angeben, wird aber nur bei fehlendem TNM verwendet

Bei mehreren operativen Eingriffen im Rahmen der Primärtherapie sollte der Schlüssel des radikalsten Eingriffs geliefert werden.

#### **2. Übermittlung im ADT-GEKID-XML**

Bitte übermitteln Sie die Daten unter Weglassung der Identifizierenden Felder des Patienten (Nachname, Vorname, Titel, Namenszusatz, Straße, Hausnummer, Land, Ort), sowie aller Melderdaten abgesehen von einem Melderpseudonym im Feld Meldende Institution ID und im ADT-

GEKID-XML als Einzelmeldungen. Den Status als zertifiziertes Zentrum können Sie in der Anmerkung erfassen.

## Erläuterungen zu einzelnen Variablen:

### Format- und Plausibilitätsprüfungen

Folgende Prüfungen werden im Verlauf der Auswertungen durchgeführt. Sie erhalten hierzu von uns Rückmeldungen, die es Ihnen ggf. ermöglichen, Ihre Daten noch einmal zu überprüfen und evtl. zu korrigieren oder (sehr gerne) auch uns mitzuteilen, dass ein falsch-positives Ergebnis vorliegt.

#### Basis und Format

- Datumsangaben < = „Lieferdatum“ > Jahr 1900
- Diagnosejahr 2000-2018
- Technische Pflichtfelder vollständig, ggf. mit unbekannt/keine Angabe  Übereinstimmung mit Formatvorgaben bzw. Ausprägungen  Prüfung Datumsfelder:
  - Gebdat < Diagnosedat <= Therapiedat
  - Sterbedat > = Diagnosedat > Gebdat
  - Sterbedat > = Therapiedat
  - Diagnosedat <= Rezidivdatum
- Histologie: Behaviorcode 3 oder 2 an letzter Stelle
- Die TNM\_Klassifikation ist nach der zum Zeitpunkt der Diagnose gültigen TNM-Auflage anzugeben
- Das Stadium wird aus TNM generiert; fehlt TNM, wird das Stadium übernommen
- Lokalisation aus ICD-O; fehlt diese Angabe, so wird Lokalisation aus ICD-10 generiert

#### Weitere Plausibilitäten

Weitere Prüfungen orientieren sich an den IARC-Kriterien; d. h. die von der IARC festgelegten Kriterien zur Plausibilität von Registerdatensätzen werden überprüft, soweit sie sich nicht auf Kinder beziehen. Quelle: [IARC] Ferlay J, Burkhard C, Parkin DM Check and Conversion Programs for Cancer Registries. International Agency for Research on Cancer, Technical report No. 42: Lyon (France) 2005. <http://www.iacr.com.fr/images/doc/TechRep42.pdf>; Abruf 4. 6. 2019.

- Es wird geprüft, ob es sich um einen gültigen ICD-O-3-Lokalisationsode handelt. [IARC] S.6
- Es wird geprüft, ob es sich um einen gültigen ICD-O-3-Morphologiecode handelt. [IARC] S.6
- Es wird geprüft, ob es sich um einem möglichen Behaviour-Code handelt. [IARC] S. 6
- Es wird geprüft, ob die Gradingangabe plausibel ist
- Es wird auf Kombinationen aus Alter, Histologie und Lokalisation geprüft, die als eher unwahrscheinlich angesehen werden. ("If age is less than 40 and site is C61.\_ and histology is 814\_" [IARC] S. 7)
- Es wird auf Kombinationen aus Alter, Histologie und Lokalisation geprüft, die als eher unwahrscheinlich angesehen werden. ("If age is less than 20 and site is C15.\_, C19.\_, C20.\_, C21.\_, C23.\_, C24.\_, C38.4, C50.\_, C53.\_, C54.\_ or C55.\_" [IARC] S. 7)

- Es wird auf Kombinationen aus Alter, Histologie und Lokalisation geprüft, die als eher unwahrscheinlich angesehen werden. ("If age is less than 20 and site is C17.\_ and histology less than 9590 (i.e. not lymphoma)" [IARC] S. 7)
- Es wird auf Kombinationen aus Alter, Histologie und Lokalisation geprüft, die als eher unwahrscheinlich angesehen werden. ("If age is less than 20 and site is C33.\_ or site is C34.\_ or site is C18.\_ and histology is not equal to 824\_ (i.e. not carcinoid)." [IARC] S. 7)
- Es wird auf Kombinationen aus Alter, Histologie und Lokalisation geprüft, die als eher unwahrscheinlich angesehen werden. ("If age is greater than 45 and site is C58.\_ and histology is 9100" [IARC] S. 7)
- Es wird auf Kombinationen aus Alter, Histologie und Lokalisation geprüft, die als eher unwahrscheinlich angesehen werden. ("If age is less than or equal to 25 and histology is 9732 or 9823" [IARC] S. 7)
- Es wird auf Kombinationen aus Alter, Histologie und Lokalisation geprüft, die als eher unwahrscheinlich angesehen werden. ("If histology is 8910, 8960, 8970, 8981, 8991, 9072, 9470, 951\_ or 9687" [IARC] S. 7)
- Es wird auf Histologieangaben geprüft, die ausschließlich mit anderen bestimmten Lokalisationen vorkommen. Abweichungen sind eher ungewöhnlich ([IARC] S. 7) Da jeweils rund 3000 Kombinationen geprüft werden, können diese hier nicht aufgeführt werden.
- Es wird auf Histologieangaben geprüft, die an der angegebenen Lokalisation nicht vorkommen. Abweichungen sind eher ungewöhnlich. ([IARC] S. 7) Da jeweils rund 1300 Kombinationen geprüft werden, können diese hier nicht aufgeführt werden.
- Es wird auf unmögliche Kombinationen zwischen Geschlecht und Lokalisation geprüft. (" o If sex is male and site is: C51.\_, C52.\_, C53.\_, C54.\_, C55.\_, C56.\_, C57.\_ or C58.\_ o If sex is female and site is C60.\_, C61.\_, C62.\_, or C63.\_" [IARC] S.7)
- Es wird auf Kombinationen zwischen Histologie und Geschlecht geprüft, die als unwahrscheinlich angesehen werden. ("Some sex/histology combinations are unlikely:
  - o If sex is male and histological family is 23, 24, 25, 26, 27
  - o If sex is female and histological family is 28 or 29" [IARC] S.7)
- Es wird geprüft, ob als unwahrscheinlich angesehene Kombinationen aus Behaviour und Lokalisation auftreten. (" C40.\_ Behaviour 2, C41.\_ Behaviour 2, C42.\_ Behaviour 2, C47.\_ Behaviour 2, C49.\_ Behaviour 2, C70.\_ Behaviour 2, C71.\_ Behaviour 2, C72.\_ Behaviour 2" [IARC] S.8)
- Es wird geprüft, ob die angegebene Kombination aus Histologie und Behaviour in der offiziellen ICD-O-3-Aufstellung vorkommt [IARC] S.8
- Es wird geprüft, ob bei bestimmten Histologien, die nur mit bestimmten Gradings vorkommen, das sich hieraus ergebende Grading angegeben wurde. ("If behaviour code is less than 3 and grade code is less than 9 (only malignant tumours should be graded, ICD-O-3, page 30)." [IARC] S. 9)
- Es wird geprüft, ob bei bestimmten Histologien, die nur mit bestimmten Gradings vorkommen, das sich hieraus ergebende Grading angegeben wurde. ("If grade code is greater or equal 5 and grade code is less or equal 8 and histology is less than 9590 (ICD-O-3 page 31)" [IARC] S. 9)
- Es wird geprüft, ob bei bestimmten Histologien, die nur mit bestimmten Gradings vorkommen, das sich hieraus ergebende Grading angegeben wurde. ("If grade code is greater or equal 1 and grade code is less or equal 4 and histology greater or equal 9590." [IARC] S. 9)

- Es wird geprüft, ob bei bestimmten Histologien, die nur mit bestimmten Gradings vorkommen, das sich hieraus ergebende Grading angegeben wurde. ("If histology is 9702, 9705, 9706, 9708, 9709, 9717, 9718, 9729, 9827, 9834 or 9837 and grade code not equal to 5." [IARC] S. 9)
- Es wird geprüft, ob bei bestimmten Histologien, die nur mit bestimmten Gradings vorkommen, das sich hieraus ergebende Grading angegeben wurde. ("If histology is 9714 or 9831 and grade code not 5 or 7 (T-cell and Null cell lymphoma, anaplastic)." [IARC] S. 9)
- Es wird geprüft, ob bei bestimmten Histologien, die nur mit bestimmten Gradings vorkommen, das sich hieraus ergebende Grading angegeben wurde. ("If histology is greater than or equal to 9700 and histology less than or equal to 9719 and is not in <IARC\_Grade\_Histology\_04> or <IARC\_Grade\_Histology\_05> and grade is not 5, 8 or 9 (T-cell and NK-cell lymphoma)." [IARC] S. 9)
- Es wird geprüft, ob bei bestimmten Histologien, die nur mit bestimmten Gradings vorkommen, das sich hieraus ergebende Grading angegeben wurde. ("If histology is greater than or equal to 9670 and histology less than or equal to 9699 or histology is 9728, 9823, 9826, 9833 or 9836 and grade not equal to 6 (B-cell lymphoma)." [IARC] S. 9)
- Es wird geprüft, ob bei bestimmten Histologien, die nur mit bestimmten Gradings vorkommen, das sich hieraus ergebende Grading angegeben wurde. ("If histology is 9948 and grade is not 8." [IARC] S. 9)
- Es wird geprüft, ob bei bestimmten Histologien, die nur mit bestimmten Gradings vorkommen, das sich hieraus ergebende Grading angegeben wurde. ("If histology is 8331, 9187 or 9511 and grade is not 1." [IARC] S. 9)
- Es wird geprüft, ob bei bestimmten Histologien, die nur mit bestimmten Gradings vorkommen, das sich hieraus ergebende Grading angegeben wurde. ("If histology is 8332, 8858, 9083, 9243 or 9372 and grade is not 2." [IARC] S. 9)
- Es wird geprüft, ob bei bestimmten Histologien, die nur mit bestimmten Gradings vorkommen, das sich hieraus ergebende Grading angegeben wurde. ("If histology is 8631 or 8634 and grade is not 3." [IARC] S. 9)
- Es wird geprüft, ob bei bestimmten Histologien, die nur mit bestimmten Gradings vorkommen, das sich hieraus ergebende Grading angegeben wurde. ("If histology is 8020, 8021, 8805, 9062, 9082, 9390, 9392, 9401, 9451, 9505 or 9512 and grade is not 4." [IARC] S. 9)

## Auswertungsschwerpunkte

### Für alle Tumoren

- Gemeldete Fälle nach Registern
- Altersverteilungen
- Verteilung der T- bzw. pT-Kategorien bzw. der Stadien im zeitlichen Verlauf (Ggf. Analyse weiterer Risikogruppen, für einzelne Register, falls möglich)
- Ggf. Analyse ausgewählter Variablen zur Überprüfung der Leitlinienkonformität im zeitlichen Verlauf

## Tumorspezifisch

### Prostatakarzinom

- Therapeutisches Vorgehen beim Prostatakarzinom in verschiedenen Regionen Deutschlands unter Berücksichtigung des Alters, der Tumorausbreitung und der Risikogruppierungen
- R-Klassifikation nach RPE in den Regionen
- Strahlengesamtdosis (Zielgebiet Prostata)
- Therapie bei Patienten mit low-risk-Situation in den Regionen - Vergleich der low-risk-Fälle zum postoperativen Ergebnis - Anzahl der untersuchten und positiven Stenzen erforderlich

### Lungenkarzinom

- Überleben nach Metastasierung im zeitlichen Verlauf
- Stadienverteilung im zeitlichen Verlauf
- Überlebensveränderung durch Targettherapie beim Adenokarzinom im Stadium IV
- Effekte der adjuvanten Therapie auf Gesamtüberleben bei NSCLC im Stadium II und III
- Veränderungen des Erkrankungsalters der Frauen in Abhängigkeit der Histologie
- zur Diskussion: Cisplatin versus Carboplatin bei der Behandlung von NSCLC

### Kolorektales Karzinom

- Zeitliche Veränderungen der Stadien bei kolorektalen Karzinomen gesamt und nach Diagnosealter
- Variablen der Leitlinienkonformität und Gesamtüberleben im zeitlichen Verlauf (Adjuvante CTx bei KolonCa, Neoadjuvante RCTx bei RektumCa, Ausmaß Lymphknotenentfernung, R0-Resektionen)
- Einfluss ausgewählter Qualitätsindikatoren der Diagnostik und Therapie auf das Gesamt- und rezidivfreie Überleben
- Häufigkeit, Therapie und Prognose seltener histologischer Befunde (Siegelringzellkarzinome, medulläre Karzinome, maligne neuroendokrine Tumore, GIST)
- Behandlung, insbesondere Chemotherapie und Prognose von Kolorektalen Karzinomen Stadium UICC II (T3/T4N0M0)
- Häufigkeit von Lebermetastasen und deren Therapie im zeitlichen Verlauf
- Anteil laparoskopischer versus offen-chirurgischer Resektionen und Gesamtüberleben / Rezidivhäufigkeit
- Neoadjuvante Kurzzeitbestrahlung (5x5 Gy) beim Rektumkarzinom +/-adj. Chemo
- Behandlung des Rektumkarzinoms im oberen Drittel
- Prognose nach Lokalisation (Coecum, Aszendenz, re Flexur, Transversum, li Flexur, Descendenz,, Sigma) differenziert nach Stadien inkl. Stad IV
- Watch and Wait beim Rektumkarzinom
- T1 Karzinome Colon bzw. Rektum nach OP-Technik (Coloskopisch/TEM/offene Abtragung, radikale OP) und histologischen Risiko (L, V, G3, Primäre R1-Resektion)
- Einfluss der Wartezeit auf OP (Differenz ED/OP Datum)
- Hat die Einführung der Laparoskopie zu einer Senkung der Mortalität im Gesamtkollektiv geführt?
- Gender comparison Kolonkarzinom, Gender comparison Rektumkarzinom, Gender comparison Analkarzinom

## Mammakarzinom

- Stadienverteilung und Therapie des Mammakarzinoms
- Variablen der Leitlinienkonformität
- Einfluss ausgewählter Qualitätsindikatoren der Diagnostik und Therapie auf das Überleben und Rezidivhäufigkeit
- Überleben nach Metastasierung im zeitlichen Verlauf
- Mammakarzinom des Mannes

## Malignes Melanom

- Auswirkungen des Hautkrebs-Screenings
- Stadienverteilung nach Alter, Region und im zeitlichen Verlauf
- Alters- und Geschlechtsspezifik hinsichtlich Lokalisation und Histologie
- Muster in Diagnostik und Therapie: Nutzen, regionale Auffälligkeiten, zeitliche Verläufe, LL-Adhärenz
- Überleben nach primärer und sekundärer Metastasierung nach Region, Metastasenlokalisierung und im zeitlichen Verlauf
- Analyse der Ergebnisse von Zentrumsbehandlungen
- Regionale Unterschiede im dokumentierten Vitalstatus

## Nierenzellkarzinom

- Umsetzung der Leitlinien hinsichtlich des operativen Vorgehens und deren Randbedingungen - radikale Nephrektomie vs. Teilresektion
  - offen chirurgischer vs. laparoskopischer Zugang
  - Nephrektomie mit vs. ohne Adrenalektomie (geht aus Abrechnungs-OPS nicht hervor!)
- Tumorgröße und –ausbreitung zur Reklassifizierung nach früheren/späteren TNM-Auflagen
- Metastasierungen
  - Lokalisationen und zeitlicher Verlauf
  - Behandlungs(versuche), insbes. Targettherapien
  - Überleben nach (erster) Metastasierung

## Zervixkarzinom

- Verhältnis von in situ zu invasiven Diagnosen im zeitlichen Verlauf
- TNM bzw. UICC-Stadium im zeitlichen Verlauf
- Therapie in Abhängigkeit von Stadium im zeitlichen Verlauf
- Therapie nach Progression im zeitlichen Verlauf
- Untersuchte Lymphknoten im zeitlichen Verlauf
- R-Klassifikation im zeitlichen Verlauf
- Überleben in Abhängigkeit von potentiellen prognostischen Faktoren (TNM bzw. Stadium, Grading, Alter, Leistungszustand, Zentrumsbehandlung, untersuchte Lymphknoten, R-Klassifikation, Therapie, Zeitraum), univariat (Kaplan-Meier) und ggf. multivariat (Cox-Regression)

## Ösophagus/Magenkarzinom

- Analyse der abbildbaren Qualitätsindikatoren der DKG-Zertifizierung „Viszeralonkologisches Zentrum“ bzw. der S3-Leitlinien
- Diagnose (Entität, Histologie, TNM-Klassifikation, UICC Stadium, Siewert-Klassifikation ...)

- Therapieformen (Endoskopie, Operationen, Chemotherapie, Bestrahlung, Datum des Rezidives/Metastasierung, Überlebensdaten (5 Jahre))
- Auswirkungen der neoadjuvanten / perioperativen Therapie auf perioperative Mortalität/Morbidität und onkologisches Langzeitoutcome inklusive Analyse verschiedener Chemotherapien im Rahmen der Neoadjuvanz/Perioperativen Behandlung
- Analyse der Rezidivrate nach ypT0N0
- Generelles Behandlungsmuster von Patienten mit Magen- und Ösophaguskarzinomen: Anteil der jeweiligen kurativen und palliativen Therapie-Optionen im Gesamt-Kollektiv
- Vergleich der definitiven Radiochemotherapie und der multimodalen Therapie des Ösophaguskarzinoms hinsichtlich des onkologischen Langzeitoutcomes
- Analyse des Einflusses des Zeitintervalls zwischen neoadjuvanter / perioperativer Therapie und Chirurgie auf Langzeitoutcome und Response
- Einfluss von perioperativen Komplikationen auf onkologisches Langzeitoutcome
- Analyse des Siegeringzellkarzinoms
- Analyse der jungen Patienten mit Magenkarzinom
- Einfluss des Wohnortes der Patienten bzw der Nähe zum Zentrum auf die Versorgungsqualität

#### Pankreaskarzinom

- Analyse der abbildbaren Qualitätsindikatoren der DKG-Zertifizierung „Viszeralonkologisches Zentrum“ bzw. der S3-Leitlinien zum PankreasCA
- Epidemiologie der Diagnose (Entität, Histologie/Subtypen, TNM-Klassifikation, UICC Stadium,..)
- Therapieformen (Operationen, Chemotherapie, Bestrahlung, Datum des Rezidives/Metastasierung, Überlebensdaten (5 Jahre))
- Auswirkungen der neoadjuvanten / perioperativen Therapie auf perioperative Mortalität/Morbidität und onkologisches Langzeitoutcome inklusive Analyse verschiedener Chemotherapien im Rahmen der Neoadjuvanz/Perioperativen Behandlung
- Analyse der Rezidivrate nach ypT0N0
- Generelles Behandlungsmuster von Patienten mit Pankreaskarzinom: Anteil der jeweiligen kurativen und palliativen Therapie-Optionen im Gesamt-Kollektiv
- Vergleich der definitiven (Radio)Chemotherapie und der multimodalen Therapie des Pankreaskarzinoms hinsichtlich des onkologischen Langzeitoutcomes
- Analyse des Einflusses des Zeitintervalls zwischen neoadjuvanter / perioperativer / adjuvanter Therapie und Chirurgie auf Langzeitoutcome und Response
- Einfluss von perioperativen Komplikationen auf Durchführung der adjuvanten Therapie und onkologisches Langzeitoutcome
- Analyse des perioperativen und langfristigen Outcomes nach minimal-invasiver Chirurgie
- Analyse seltener WHO Subtypen (AzinusCA, muzinöses CA, ..)
- Analyse der jungen Patienten mit PankreasCA
- Einfluss des Wohnortes der Patienten bzw der Nähe zum Zentrum auf die Versorgungsqualität
- Einfluss der S3-Leitlinien-Implementierung 2007 auf Häufigkeit und Komplettierung der adjuvanten/additiven Chemotherapie beim resezierten Pankreaskarzinom
- Palliative Therapie des nicht resektablen Pankreaskarzinoms

- Zeitliche Veränderungen der Stadien beim Pankreaskarzinomen gesamt und nach Diagnosealter
- Variablen der Leitlinienkonformität und Gesamtüberleben im zeitlichen Verlauf (Adjuvante CTx, R0-Resektionen)
- Einfluss ausgewählter Qualitätsindikatoren der Diagnostik und Therapie auf das Gesamt- und rezidivfreie Überleben
- Häufigkeit, Therapie und Prognose seltener histologischer Befunde (maligne neuroendokrine Tumore, muzinöse und seröse Zystadenokarzinome)
- Häufigkeit von Lebermetastasen und anderen Metastasen
- Anteil laparoskopischer versus offen-chirurgischer Resektionen und Gesamtüberleben / Rezidivhäufigkeit
- Fakultativ: Anteile und Verteilung und Entwicklung von Qualitätsindikatoren der in Zentren behandelten Patienten
- Prognose nach Lokalisation (Kopf, Schwanz) und Histologie differenziert nach Stadien inkl. Stad IV

### Sarkome

- Verteilung von Histologie und Grading im zeitlichen Verlauf und an unterschiedlichen Lokalisationen
- Therapie in Abhängigkeit von Grading, Histologie, Lokalisation und Zeitraum Indikatoren zur Behandlungsqualität aus Kennzahlenbogen im zeitlichen Verlauf
- Überleben in Abhängigkeit von potentiellen prognostischen Faktoren (Histologie, Lokalisation, Grading, Alter, Leistungszustand, untersuchte Lymphknoten, R- Klassifikation, Therapie, Zeitraum), univariat (Kaplan-Meier) und multivariat (Cox-Regression)
- R-Klassifikation in Abhängigkeit von Grading, Histologie, Lokalisation und Zeitraum (nur operierte Patienten)

### Vaginalkarzinom

- Diagnosen, Histologie, Stadienverteilung und therapieabhängiges Überleben des Vaginalkarzinoms