

**2. Ergebniskonferenz
des Onkologischen Zentrums
am Städtischen Klinikum
14. Okt. 2021**

**Ergebniskonferenz Onkologisches Zentrum am
Städtischen Klinikum Dresden**

Auswertungen Kolonkarzinome

Prof. Dr. Sören Torge Mees
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Datenbasis

Klinisches Krebsregister Dresden (Einzugsgebiet: Stadt Dresden, Landkreis Bautzen, Landkreis Görlitz, Landkreis Meißen, Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge)

ICD-10-Diagnose: C18.* (ohne C18.1), histologisch gesicherte Adenokarzinome

Diagnose- bzw. Operationsjahre 2010 bis 2019

Datenstand der Register: 28. 05. 2021

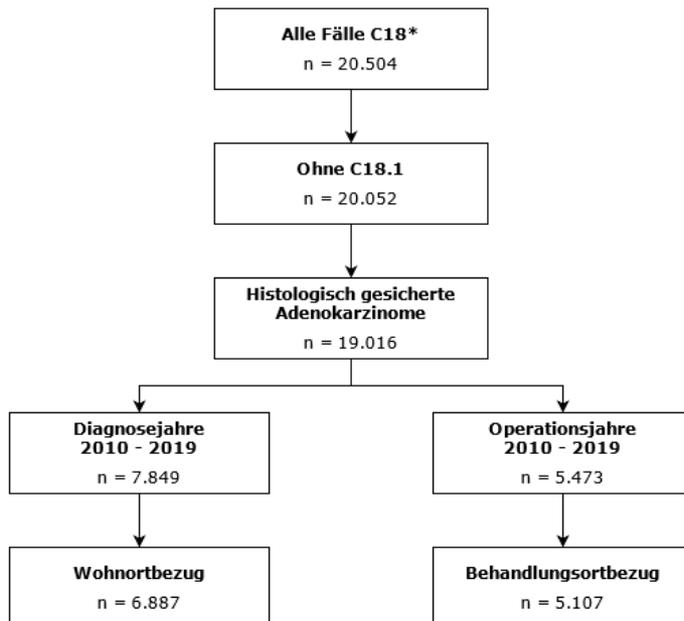
Wohnortbezug

Patienten, die zum Zeitpunkt der Diagnose ihren Hauptwohnsitz im Einzugsgebiet des KKR Dresden hatten

Behandlungsortbezug

Patienten, bei denen eine stationäre tumorresezierende Operation im Einzugsgebiet des KKR Dresden durchgeführt wurde (OPS-Codes 5-455 und 5-456)

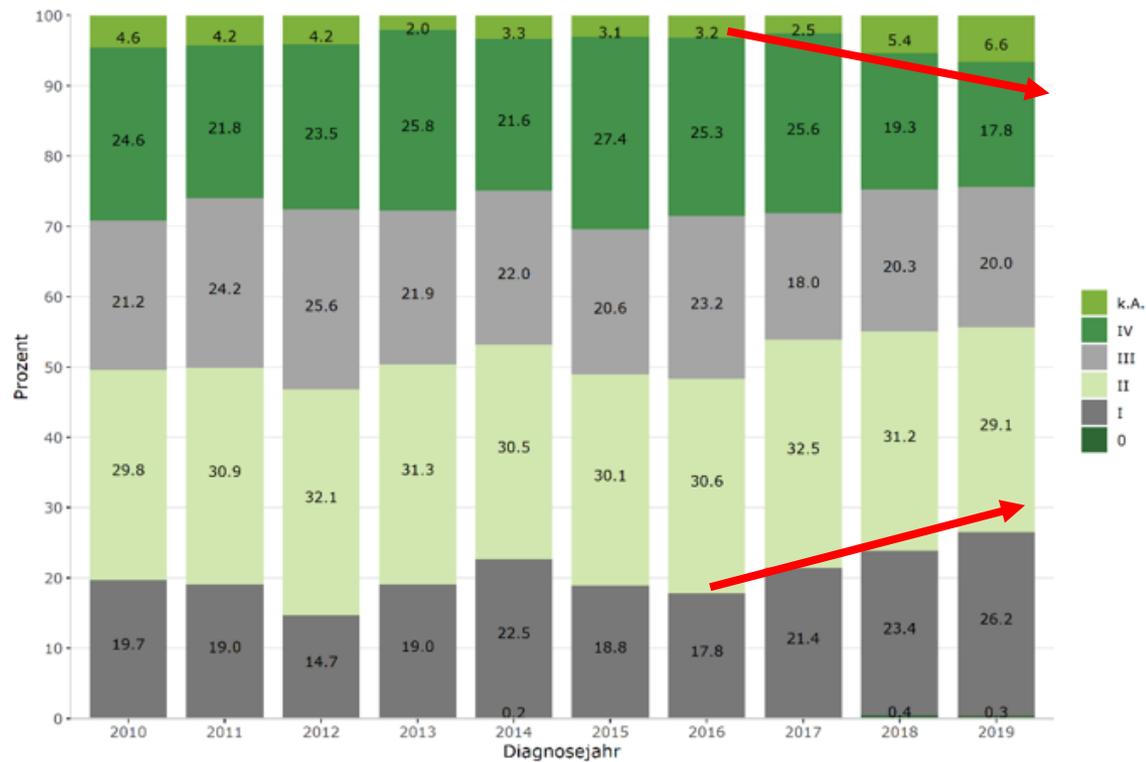
Flow-Chart



Tumorstadien

Verteilung der UICC-Stadien nach Diagnosejahr (Wohnortbezug)

- alle Fälle, n = 20.834



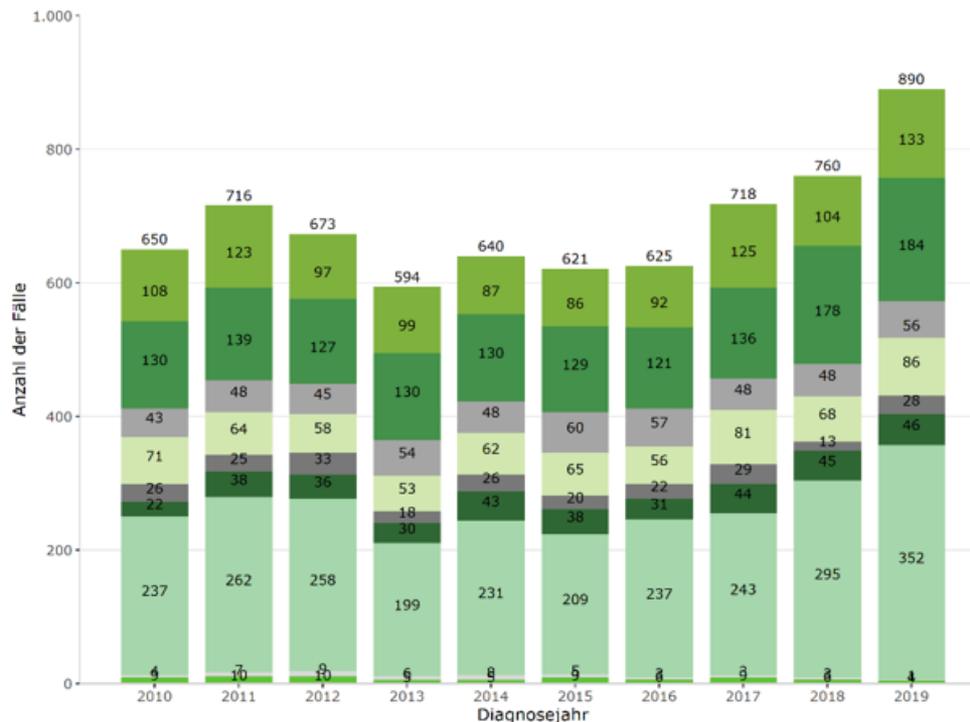
Tumorlokalisation

Auswertungen Kolonkarzinom

Allgemeine deskriptive Ergebnisse

Absolute Fallzahlen und Lokalisation nach Diagnosejahr (Wohnortbezug)

- alle Fälle, n = 6.887

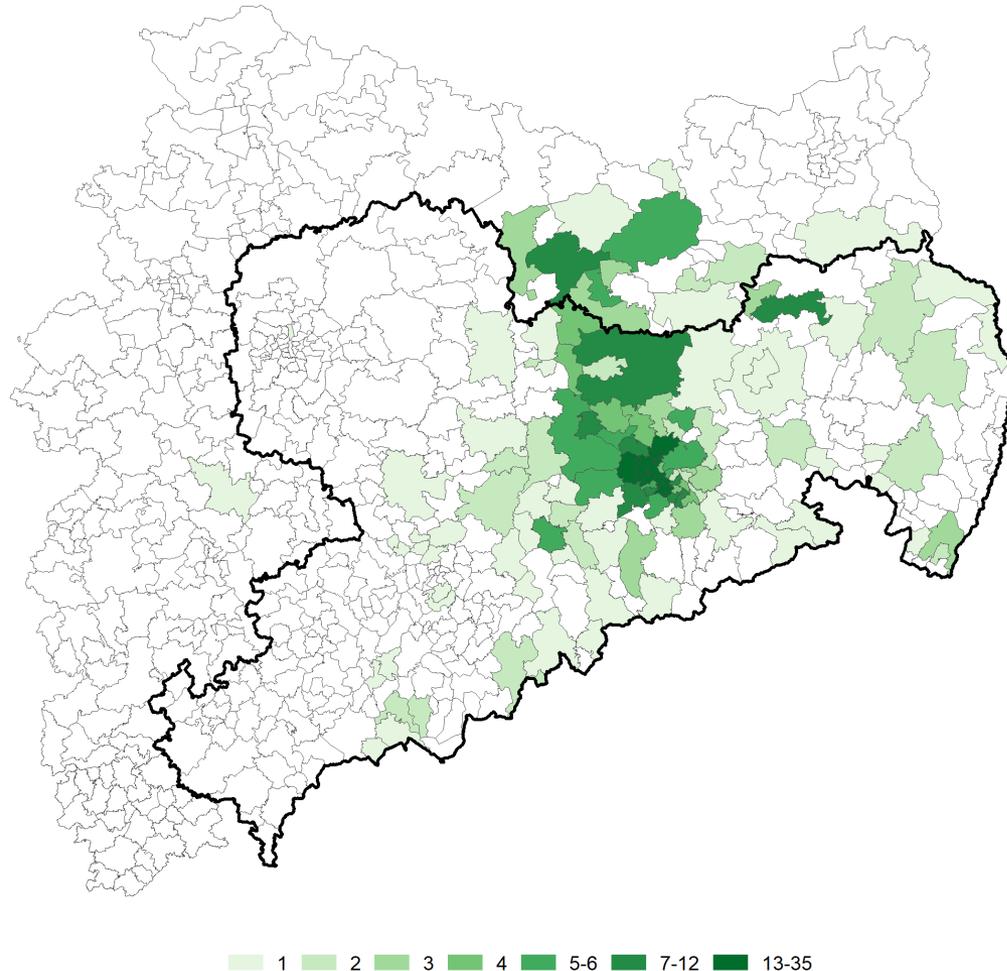


ICD-Code

C18: Bösartige Neubildung des Kolons

- [C18.0 Bösartige Neubildung: Zäkum](#)
- [C18.1 Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis](#)
- [C18.2 Bösartige Neubildung: Colon ascendens](#)
- [C18.3 Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra \[hepatica\]](#)
- [C18.4 Bösartige Neubildung: Colon transversum](#)
- [C18.5 Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra \[lienalis\]](#)
- [C18.6 Bösartige Neubildung: Colon descendens](#)
- [C18.7 Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum](#)
- [C18.8 Bösartige Neubildung: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend](#)
- [C18.9 Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet](#)

Wohnort der im SKDF operierten Patienten

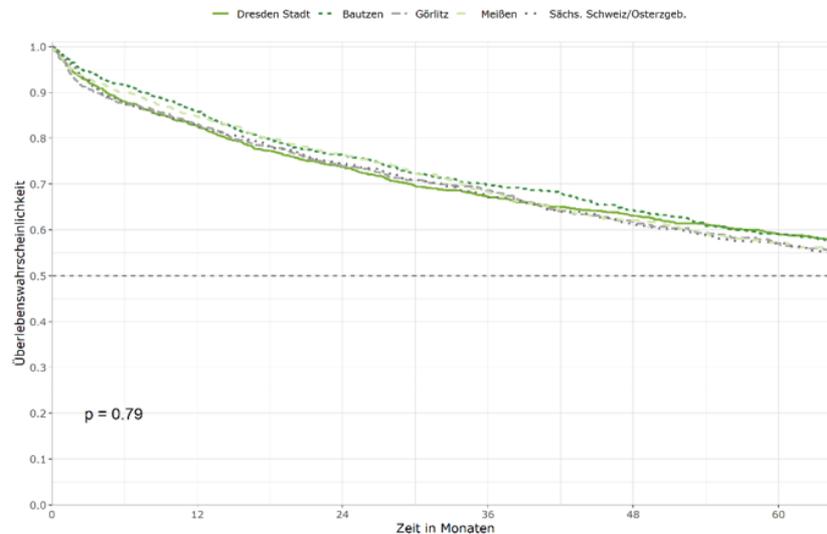


5YS- nach Ortschaft

Auswertungen Kolonkarzinom

▸ Absolutes 5-Jahres-Überleben

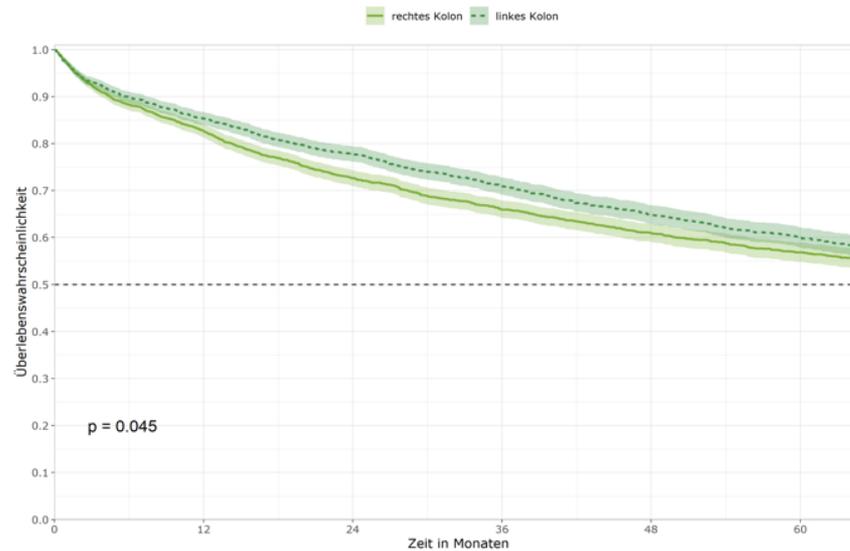
- Fälle ohne weiteren Tumor in der Anamnese und Überlebenszeit mind. 1 Monat (n = 5.421)
- Kaplan-Meier-Schätzer



	N	MEDIANES ÜBERLEBEN MONATE (95 % KI)	5-JAHRES-ÜBERLEBEN PROZENT (95 % KI)
Dresden Stadt	1.560	95,9 (83,1; 108,1)	59,1 (56,5; 61,9)
Bautzen	1.077	100,5 (85,6; 121,0)	59,0 (55,8; 62,4)
Görlitz	993	94,2 (76,9; NA)	57,0 (53,7; 60,6)
Meißen	896	83,4 (69,9; NA)	57,3 (53,7; 61,1)
Sächs. Schweiz/Osterzgeb.	888	84,5 (68,5; 111,0)	57,0 (53,5; 60,7)

NA: Überlebenswahrscheinlichkeit liegt am Ende des Beobachtungszeitraums noch über 50 %.

5YS- rechts vs links



	N	MEDIANES ÜBERLEBEN MONATE (95 % KI)	5-JAHRES-ÜBERLEBEN PROZENT (95 % KI)
Rechtes Kolon	2.777	91,7 (82,1; 108,0)	56,8 (54,8; 58,9)
Linkes Kolon	2.543	94,9 (83,7; 105,0)	60,0 (57,9; 62,2)

Multivariate Cox-Regression

kontrolliert für Alter, Geschlecht, UICC-Stadium, Diagnosejahr, Wohnort

	HAZARD RATIO (95 % KI)	SIGN.
Rechtes Kolon	Referenz	
Linkes Kolon	0,88 (0,81; 0,96)	p < 0,01

Hazard Ratio < 1: besseres Überleben. Hazard Ratio > 1: schlechteres Überleben.

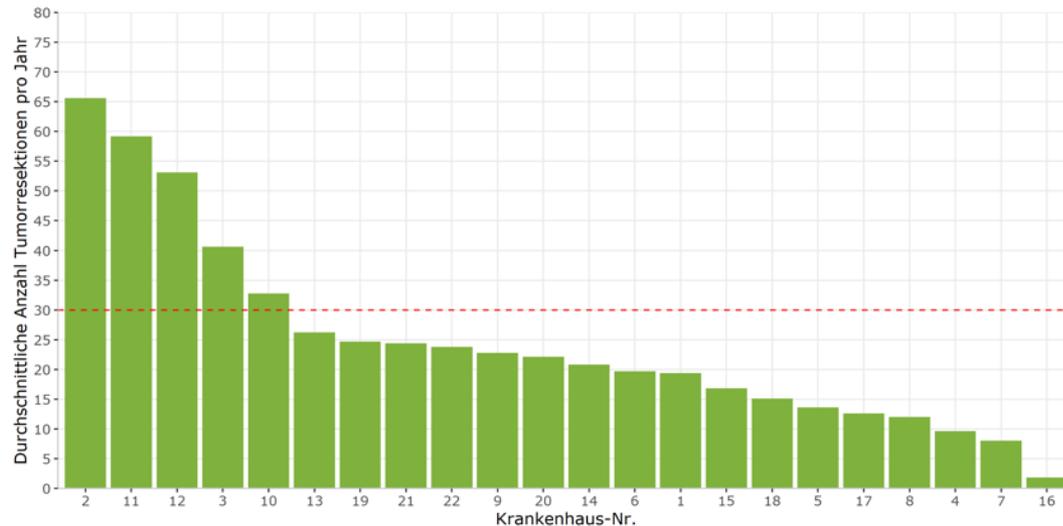
Operierende Kliniken

Auswertungen Kolonkarzinom

Operierende Krankenhäuser

- Behandlungsortbezug
- Fälle mit Angabe des stationären Leistungserbringers der tumorresezierenden Operation
- n = 22 Krankenhäuser
- n = 5.107 Fälle

Durchschnittliche Anzahl Tumorresektionen pro Jahr pro Krankenhaus



unter 30 Tumorresektionen/Jahr:

- n = 17 Krankenhäuser
- n = 2.801 Fälle

30 und mehr Tumorresektionen/Jahr:

- n = 5 Krankenhäuser
- n = 2.306 Fälle

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums
	Bezeichnung der Stationen (bei mehreren Stationen ist Zentralisierung anzustreben)	
5.2.2	Postoperative Versorgung Die Versorgung in folgenden Bereichen ist in einer Verfahrensbeschreibung zu regeln: <ul style="list-style-type: none"> • Intensivmedizinische Versorgung (inkl. z.B. Beatmung, Tracheotomie etc.) • Physiotherapie • Postoperative Schmerztherapie • Ernährungsaufbau 	
5.2.3	OP-Kapazität Es muss mindestens 1 OP-Saal regelmäßig für Darmoperationen zur Verfügung stehen.	
5.2.4	Operative Expertise Zentrum <ul style="list-style-type: none"> • 30 Kolonkarzinome • 20 Rektumkarzinome 	Angabe Datenblatt (= Excel-Vorlage)
5.2.5	Darmoperateure <ul style="list-style-type: none"> • mind. 2 Darmoperateure sind namentlich zu benennen 	Namentliche Nennung in Tabelle „Darmoperateure“ (am Ende dieses Kapitels)

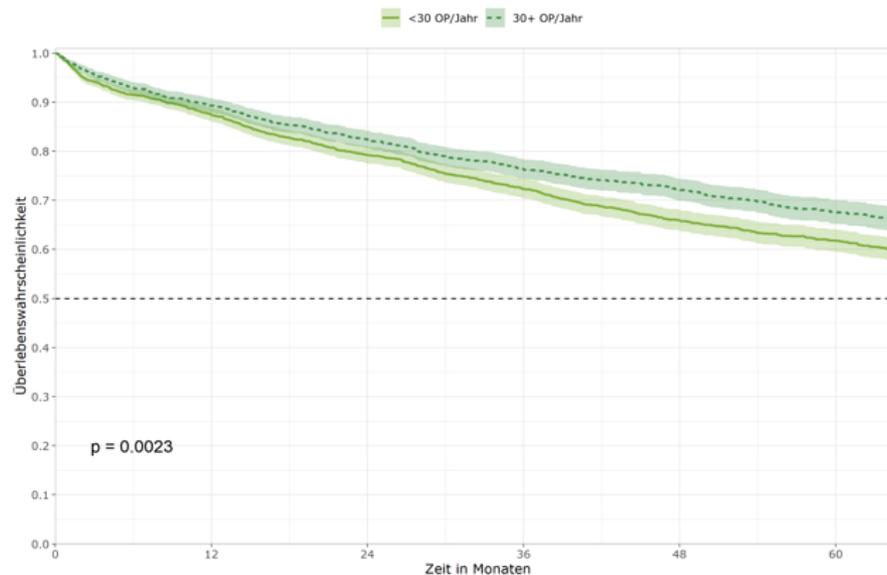


Operierende Kliniken

Auswertungen Kolonkarzinom

Absolutes 5-Jahres-Überleben

- Fälle ohne weiteren Tumor in der Anamnese und Überlebenszeit mind. 1 Monat (n = 4.038)
- Kaplan-Meier-Schätzer



	N	MEDIANES ÜBERLEBEN MONATE (95 % KI)	5-JAHRES-ÜBERLEBEN PROZENT (95 % KI)
< 30 OP/Jahr	2.232	133,0 (107,0; NA)	61,8 (59,6; 64,1)
30+ OP/Jahr	1.802	NA (116,0; NA)	67,6 (65,2; 70,1)

NA: Überlebenswahrscheinlichkeit liegt am Ende des Beobachtungszeitraums noch über 50 %.

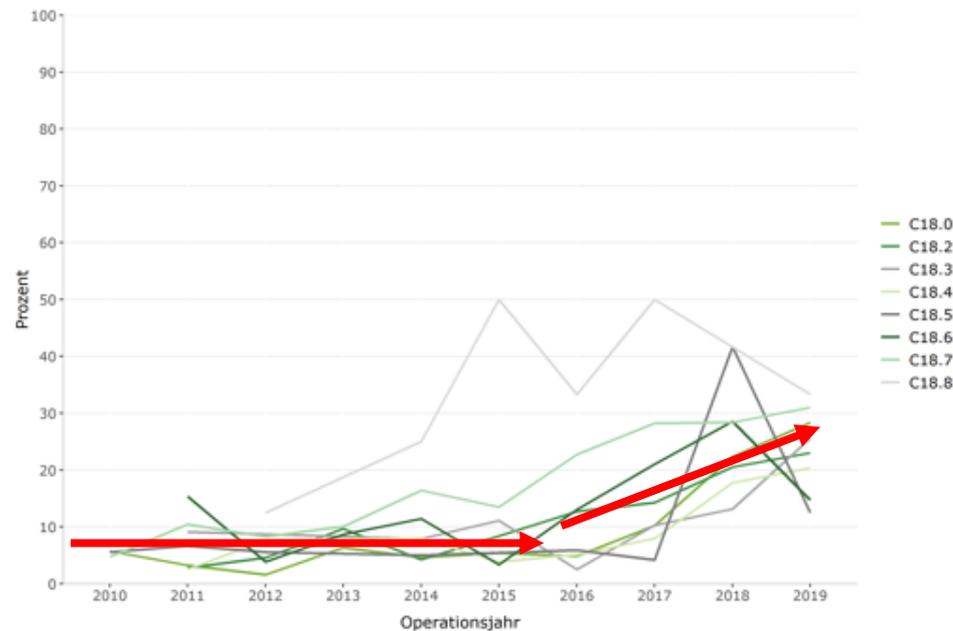
MIC- Häufigkeit

Auswertungen Kolonkarzinom

Offene vs. laparoskopische Operation

- Behandlungsortbezug
- Operationszugang: offen, laparoskopisch, Umstieg laparoskopisch-offen, Sonstige/k. A.
- Ausschluss von Notfall-Operationen
- n = 4.921

Anteil laparoskopischer Operationen nach Lokalisation und Operationsjahr

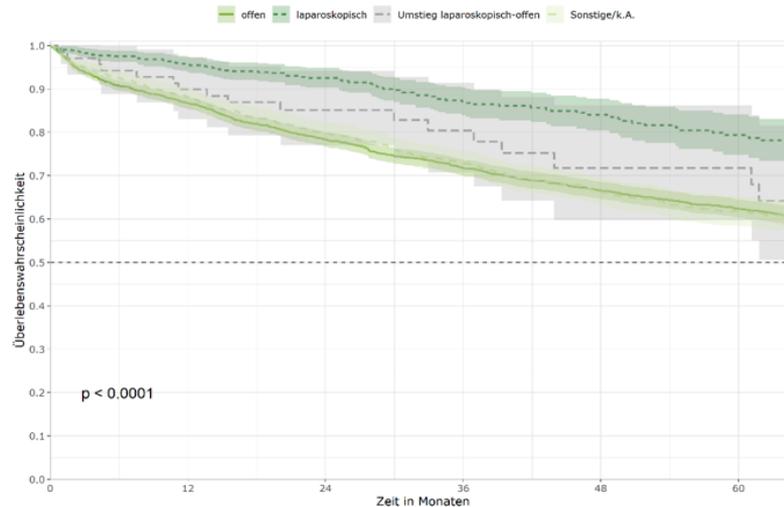


MIC- Outcome

Auswertungen Kolonkarzinom

Absolutes 5-Jahres-Überleben

- Fälle ohne weiteren Tumor in der Anamnese und Überlebenszeit mind. 1 Monat (n = 4.038)
- Kaplan-Meier-Schätzer



	N	MEDIANES ÜBERLEBEN MONATE (95 % KI)	5-JAHRES-ÜBERLEBEN PROZENT (95 % KI)
Offen	2.440	120,0 (107,0; NA)	62,4 (60,4; 64,5)
<u>Laparoskopisch</u>	525	NA (NA; NA)	79,3 (74,8; 84,1)
Umstieg	69	NA (107,0; NA)	71,8 (59,8; 86,1)
Sonstige/k. A.	1.000	121,0 (102,0; NA)	61,8 (58,5; 65,2)

NA: Überlebenswahrscheinlichkeit liegt am Ende des Beobachtungszeitraums noch über 50 %.

Adjuvante Chemotherapie

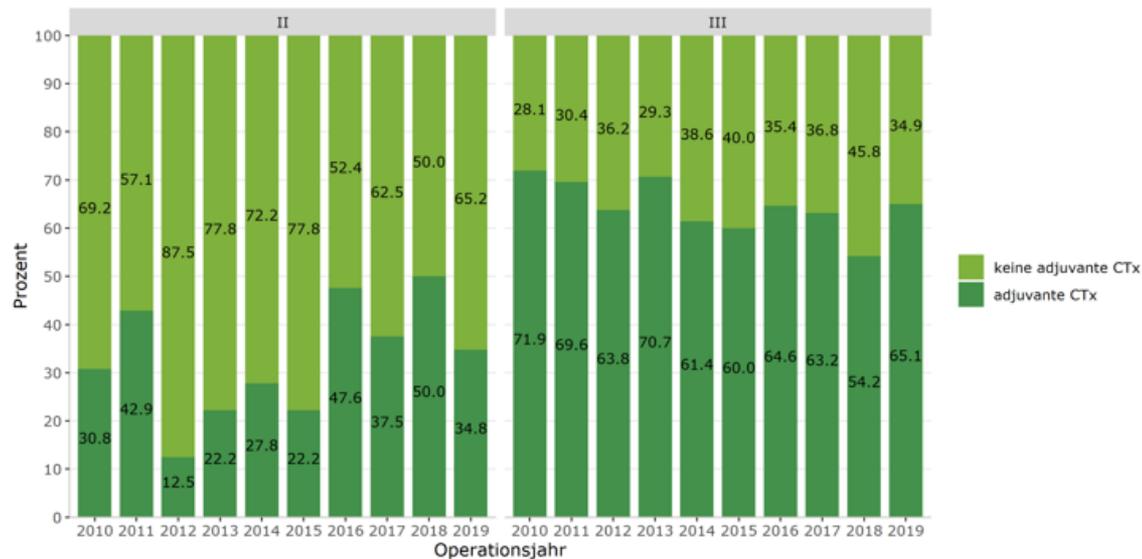
Auswertungen Kolonkarzinom

Adjuvante Chemotherapie

- Behandlungsortbezug
- Fälle mit UICC-Stadium III oder Stadium II T4 bzw. < 12 untersuchte Lymphknoten, R0-Resektion, Alter ≤ 75 Jahre
- n = 862 Fälle

Anteil Fälle mit adjuvanter Chemotherapie nach Operationsjahr und UICC-Stadium

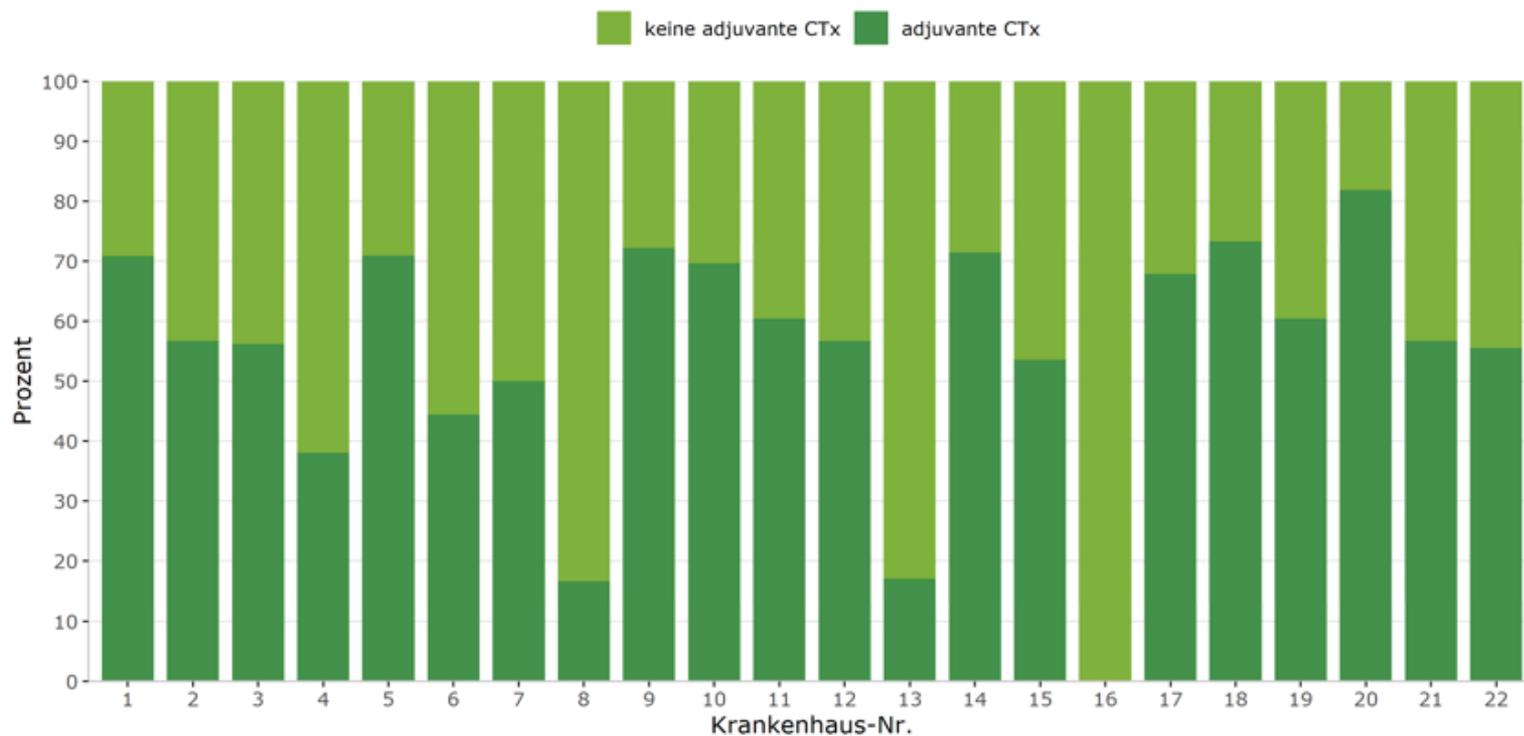
- Stadium II: n = 181 Fälle
- Stadium III: n = 681 Fälle



Adjuvante Chemotherapie

Auswertungen Kolonkarzinom

Anteil Patienten mit adjuvanter Chemotherapie nach operierendem Krankenhaus

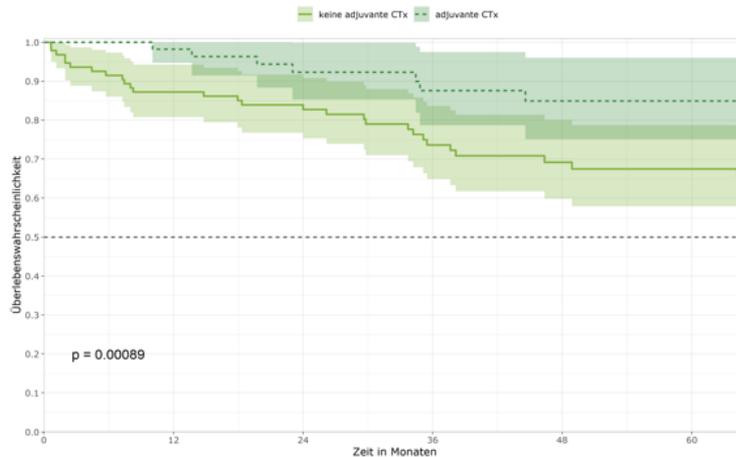


Adjuvante Chemotherapie- UICC II

Auswertungen Kolonkarzinom

Absolutes 5-Jahres-Überleben im UICC-Stadium II

- Fälle ohne weiteren Tumor in der Anamnese und Überlebenszeit mind. 1 Monat (n = 149)
- Kaplan-Meier-Schätzer



	N	MEDIANES ÜBERLEBEN MONATE (95 % KI)	5-JAHRES-ÜBERLEBEN PROZENT (95 % KI)
Keine <u>adjuvante CTx</u>	94	93,0 (83,4; NA)	67,5 (57,9; 78,7)
<u>Adjuvante CTx</u>	55	NA (NA; NA)	84,9 (75,1; 96,0)

NA: Überlebenswahrscheinlichkeit liegt am Ende des Beobachtungszeitraums noch über 50 %.

Multivariate Cox-Regression

kontrolliert für Alter, Geschlecht, rechtes vs. linkes Kolon, Operations-Zugang, Anzahl untersuchter Lymphknoten, Operationsjahr, Behandlungsort

	HAZARD RATIO (95 % KI)	SIGN.
Keine <u>adjuvante CTx</u>	Referenz	
<u>Adjuvante CTx</u>	0,33 (0,14; 0,80)	p < 0,05

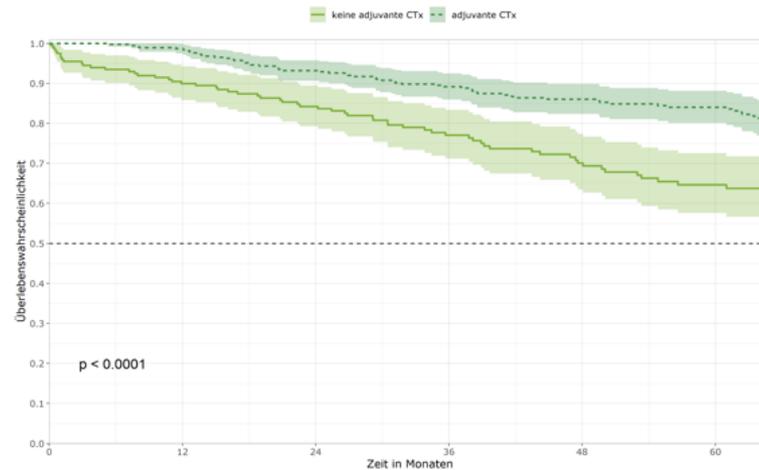
Hazard Ratio < 1: besseres Überleben. Hazard Ratio > 1: schlechteres Überleben.

Adjuvante Chemotherapie- UICC III

Auswertungen Kolonkarzinom

Absolutes 5-Jahres-Überleben im UICC-Stadium III

- Fälle ohne weiteren Tumor in der Anamnese und Überlebenszeit mind. 1 Monat (n = 573)
- Kaplan-Meier-Schätzer



	N	MEDIANES ÜBERLEBEN MONATE (95 % KI)	5-JAHRES-ÜBERLEBEN PROZENT (95 % KI)
Keine <u>adjuvante CTx</u>	199	111,0 (79,2; NA)	64,7 (57,6; 72,6)
<u>Adjuvante CTx</u>	374	NA (NA; NA)	84,0 (80,1; 88,2)

NA: Überlebenswahrscheinlichkeit liegt am Ende des Beobachtungszeitraums noch über 50 %.

Multivariate Cox-Regression

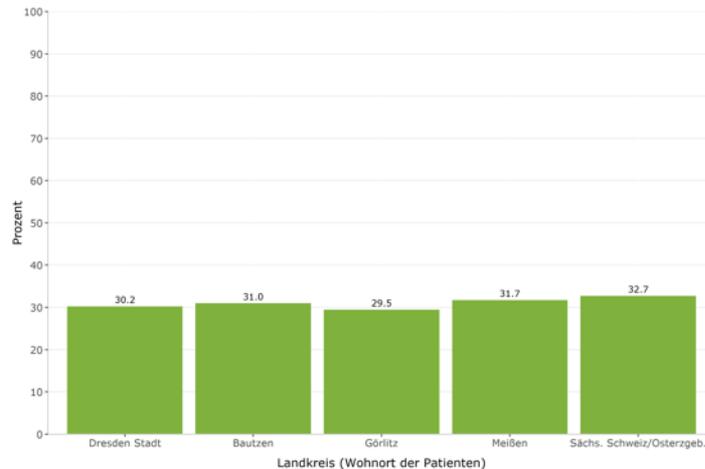
kontrolliert für Alter, Geschlecht, rechtes vs. linkes Colon, Operations-Zugang, Anzahl untersuchter Lymphknoten, Operationsjahr, Behandlungsort

	HAZARD RATIO (95 % KI)	SIGN.
Keine <u>adjuvante CTx</u>	Referenz	
<u>Adjuvante CTx</u>	0,48 (0,34; 0,68)	p < 0,001

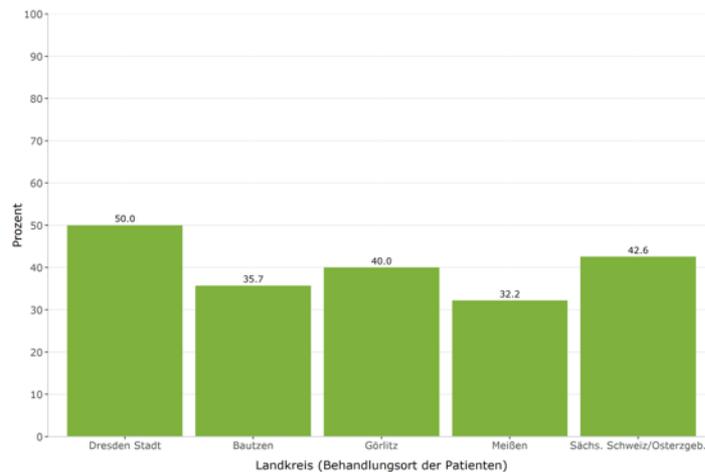
Hazard Ratio < 1: besseres Überleben. Hazard Ratio > 1: schlechteres Überleben.

Lebermetastasen

Anteil der Patienten mit Lebermetastasen, die reseziert wurden, nach Wohnort



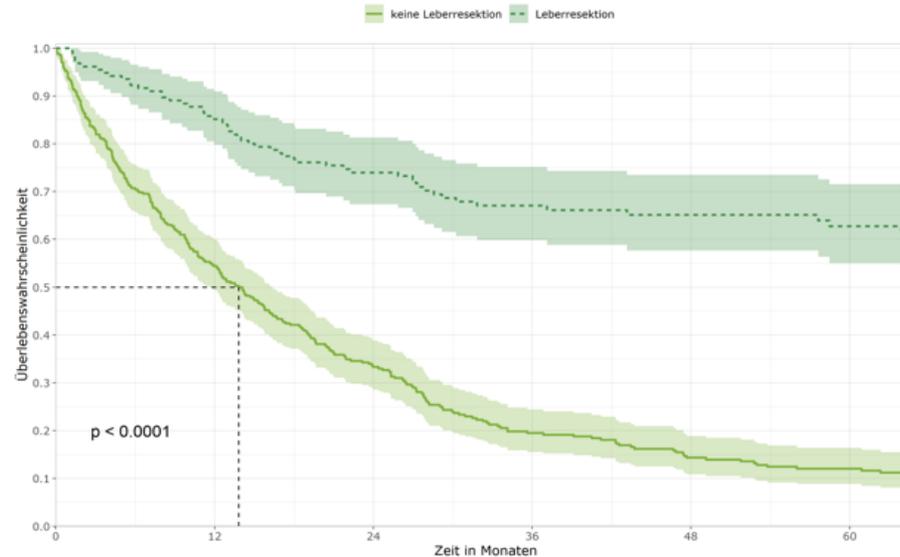
Anteil der Patienten mit Lebermetastasen, die reseziert wurden, nach Behandlungsort



Lebermetastasen

- Wohnort- oder Behandlungsortbezug
- Fälle mit alleinigen Lebermetastasen (primär oder sekundär)
- Leberresektionen: OPS-Codes 5-501 und 5-502
- Wohnortbezug n = 633
- Behandlungsortbezug n = 364

Lebermetastasen- Outcome



	N	MEDIANES ÜBERLEBEN MONATE (95 % KI)	5-JAHRES-ÜBERLEBEN PROZENT (95 % KI)
Keine Leberresektion	338	13,8 (11,7; 16,3)	12,0 (8,8; 16,4)
Leberresektion	155	NA (NA; NA)	62,8 (55,0; 71,6)

NA: Überlebenswahrscheinlichkeit liegt am Ende des Beobachtungszeitraums noch über 50 %.

Multivariate Cox-Regression

kontrolliert für Alter, Geschlecht, primäre Metastase, sekundäre Metastase, Diagnosejahr, Wohnort

	HAZARD RATIO (95 % KI)	SIGN.
Keine Leberresektion	Referenz	
Leberresektion	0,27 (0,20; 0,36)	$p < 0,001$

Hazard Ratio < 1: besseres Überleben. Hazard Ratio > 1: schlechteres Überleben.



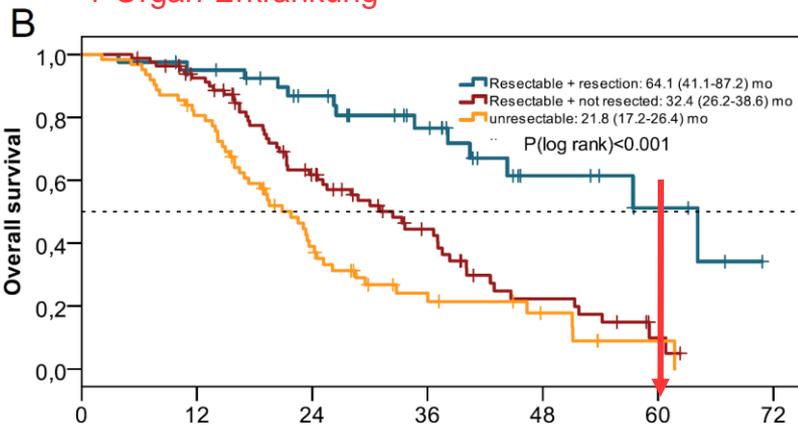
Original Research

Surgical treatment options following chemotherapy plus cetuximab or bevacizumab in metastatic colorectal cancer—central evaluation of FIRE-3



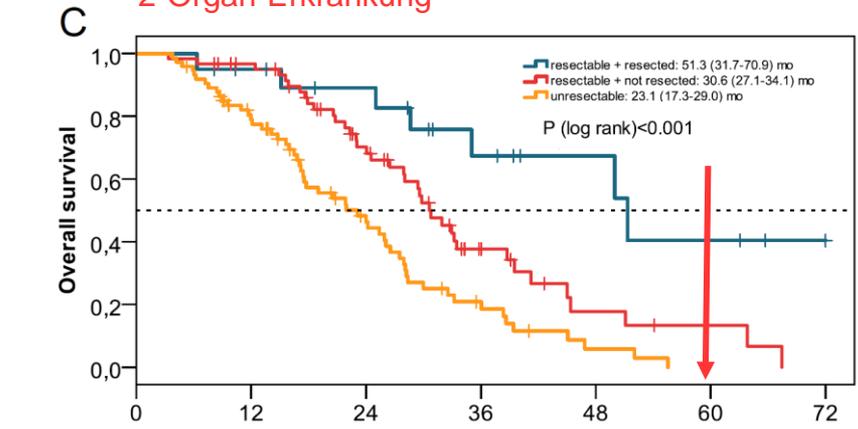
D.P. Modest^{a,b,*}, T. Denecke^c, J. Pratschke^d, I. Ricard^e, H. Lang^f,
M. Bemelmans^g, T. Becker^h, M. Rentschⁱ, D. Seehofer^j, C.J. Bruns^k,
B. Gebauer^c, H.I. Modest^l, S. Held^m, G. Folprechtⁿ, V. Heinemann^{a,b},
U.P. Neumann^{g,o}

1-Organ-Erkrankung



No. at risk	Time (months)					
	0	12	24	36	48	60
r+r	41	37	29	19	8	4
r+ nr	83	71	41	22	9	2
ur	62	49	21	9	4	1

2-Organ-Erkrankung



No. at risk	Time (month)					
	0	12	24	36	48	60
r+r	20	17	14	8	5	3
r+ nr	61	55	34	12	4	2
ur	74	52	24	9	2	0



Postoperative Mortalität

MEDIZIN

Originalarbeit

Sterblichkeit und Komplikationen nach viszeralchirurgischen Operationen

Eine bundesweite Analyse basierend auf den diagnosebezogenen Fallgruppen der deutschen Krankenhausabrechnungsdaten

Philip Baum, Johannes Diers, Sven Lichthardt, Carolin Kastner, Nicolas Schlegel, Christoph-Thomas Germer, Armin Wiegering

Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Transplantations-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Universitätsklinik Würzburg: Dr. med. Philip Baum, Dr. med. Johannes Diers, Dr. med. Sven Lichthardt, Dr. med. Carolin Kastner, Prof. Dr. med. Nicolas Schlegel, Prof. Dr. med. Christoph-Thomas Germer, PD Dr. med. Armin Wiegering

Comprehensive Cancer Center Mainfranken, Universitätsklinikum Würzburg: Prof. Dr. med. Christoph-Thomas Germer, PD Dr. med. Armin Wiegering

Lehrstuhl für Biochemie und Molekularbiologie, Universitätsklinikum Würzburg: Dr. med. Carolin Kastner, PD Dr. med. Armin Wiegering

Zusammenfassung

Hintergrund: Die postoperative Krankenhaussterblichkeit nach viszeralchirurgischen Eingriffen ist für Deutschland unbekannt.

Methoden: In der vorliegenden retrospektiven, deskriptiven Analyse wurden die bundesweiten Krankenhausabrechnungsdaten („diagnosis related groups“[DRG]-basiert) von 2009 bis 2015 auf Krankenhaussterblichkeit, Komplikationen und deren Management sowie Tod nach dokumentierter schwerer Komplikation („failure to rescue“, FTR) nach viszeralchirurgischen Eingriffen untersucht. Es wurden Untergruppen für Organsysteme gebildet und in häufige (Leistenherniotomie, Appendektomie, Schilddrüsenoperationen, Cholezystektomie), kolorektale sowie komplexe Operationen (Ösophagus-/Pankreas-/Leber-/Magenoperation) unterteilt.

Ergebnisse: 3 287 199 Patienten aus 1 392 Krankenhäusern wurden in die vorliegende Analyse eingeschlossen. Die Krankenhaussterblichkeit von viszeralchirurgisch operierten Patienten betrug 1,9 %. Die geringste Sterblichkeit lag bei den häufig durchgeführten Operationen vor (0,04–0,4 %); im Gegensatz dazu wurde die höchste Sterblichkeit in der komplexen Ösophagus- (8,6 %) und Magen Chirurgie (11,7 %) beobachtet. Schwere Komplikationen traten insbesondere nach komplexen chirurgischen Eingriffen an folgenden Organen auf: Pankreas (27,7 %), Leber (24,3 %), Ösophagus (37,8 %) und Magen (36,7 %). Ein Anteil von 90,6 % aller beobachteten Todesfälle wurden nach kolorektalen oder komplexen Eingriffen dokumentiert, die insgesamt 23 % aller Eingriffe ausmachten. Die FTR-Rate betrug beispielsweise nach Appendektomie und Cholezystektomie 8,4 % (95%-Konfidenzintervall: [8,34; 8,46]) und bei Ösophagusoperationen 20,3 % [19,8; 20,8].

Schlussfolgerung: In Deutschland ist die Krankenhaussterblichkeit nach viszeralchirurgischen Operationen mit nahezu 2 % ein häufig eintretendes Ereignis. Insbesondere im Hinblick auf das Komplikationsmanagement erscheint eine Verbesserung nach komplexen Eingriffen notwendig. Eine Limitation der Studie ist die Ableitung der Komplikationen auf Basis anonymisierter Abrechnungsdaten.

Zitierweise

Baum P, Diers J, Lichthardt S, Kastner C, Schlegel N, Germer CT, Wiegering A: Mortality and complications following visceral surgery—a nationwide analysis based on the diagnostic categories used in German hospital invoicing data. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 739–46. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0739

Postoperative Mortalität

eTABELLE 1

In Deutschland durchgeführte Operationen von 2009–2015

	n	%	OPS-Codes
häufige Operationen			
Cholezystektomie	952 307	29 %	5-511.1
Appendektomie	709 792	22 %	5-470.0, 5-470.1
Leistenhernienoperation	506 383	15 %	5-530.31, 5-530.32,; 5-530.33, 5-530.34
Schilddrüsenoperation	393 592	12 %	5-061.0, 5-061.2
kolorektale Operationen			
kolorektale Operation	577 325	18 %	5-455.4, 5-455.5, 5-455.6, 5-455.7, 5-455.9, 5-455.a, 5-455.b, 5-455.c, 5-455.d, 5-456, 5-484.3,5-484.5, 5-484.6, 5-485.0, 5-485.2, 5-485.3,5-458, 5-484, 5485
komplexe Operationen			
komplexe Pankreasoperation	66 929	2 %	5-524.0, 5-524.1, 5-524.2, 5-524.3, 5-524.4, 5-525.0, 5-525.1, 5-525.2
komplexe Ösophagusoperation	24 582	1 %	5-423.0, 5-423.1, 5-423.2, 5-423.3, 5-424.0, 5-424.1, 5-424.2, 5-425.0, 5-425.1, 5-425.2, 5-426.0, 5-426.1, 5-426.2, 5-427.0, 5-427.1, 5-438.0, 5-438.1, 5-438.2, 5-438.3
komplexe Magenoperation	37 440	1 %	5-435.0, 5-435.1, 5-435.2, 5-437.0, 5-437.1, 5-437.2, 5-437.3, 5-437.4, 5-437.5, 54376
komplexe Leberoperation	18 849	1 %	5-502.1, 5-502.2, 5-502.3
Summe	3 287 199	100 %	–

OPS, Operationen- und Prozedurenschlüssel



Postoperative Mortalität

TABELLE 1

Krankenhaussterblichkeit und Liegedauer pro operativem Eingriff

Operation/operiertes Organsystem	Fälle n (%)	Alter von 0–54 J., %	Alter von 55–75 J., %	Alter ≥ 75 J., %	Liegedauer Mittelwert, (SD)	Krankenhaussterblichkeit, % [95-%KI] (n)
Leistenhernie	506 383 (15,4)	49,9	35,7	14,4	2,1 (2,2)	0,04 [0,03; 0,05] (207)
Schilddrüse	393 592 (12,0)	53,2	40,2	6,1	4,3 (4,3)	0,1 [0,09; 0,10] (468)
Appendektomie	709 792 (21,6)	85,2	37,5	14,4	5,1 (4,9)	0,2 [0,19; 0,21] (1668)
Cholezystektomie	952 307 (29,0)	48,6	37,5	14,5	5,7 (5,4)	0,4 [0,39; 0,41] (3498)
kolorektale Operation	577 325 (17,6)	18,9	48,8	33,1	20,2 (16,6)	7,5 [7,43; 7,57] (43461)
Pankreas	66 929 (2,4)	24,5	53,7	21,7	25,4 (19,7)	6,9 [6,71; 7,10] (4658)
Leber	18 849 (0,6)	25,2	57,7	17,1	21,0 (17,5)	7,7 [7,32; 8,1] (1465)
Ösophagus	24 582 (0,8)	22,7	61,5	15,8	30,0 (25,8)	8,6 [8,25; 8,95] (2127)
Magen	37 440 (1,1)	17,2	49,2	33,6	24,5 (18,7)	11,7 [11,37; 12,03] (4368)

J, Jahre; KI, Konfidenzintervall; n, Stichprobenumfang; SD, Standardabweichung

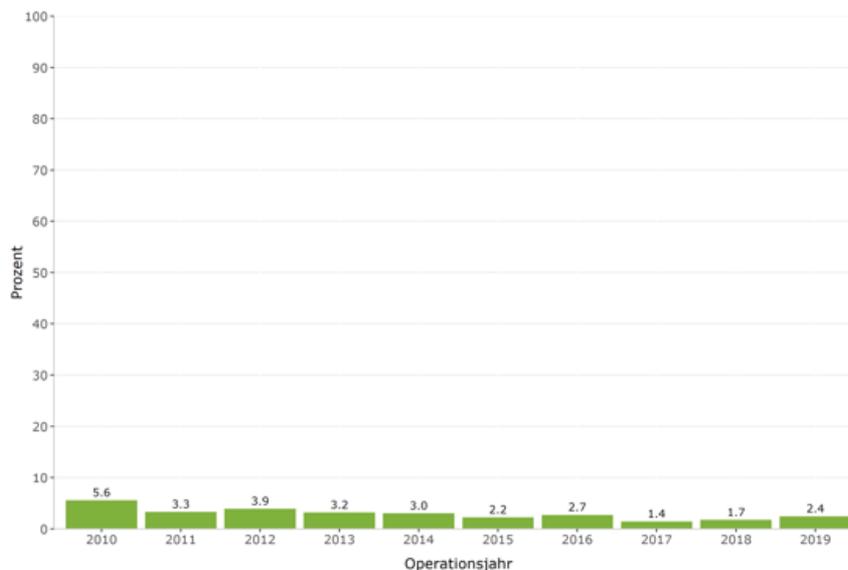
Postoperative Mortalität

Auswertungen Kolonkarzinom

Sterblichkeit während der Operation (30-Tage-Letalität)

- Behandlungsortbezug
- Fälle mit taggenauem Operationsdatum und taggenauem Sterbedatum, Tod innerhalb von 30 Tagen nach der tumorresezierenden Operation
- Ausschluss von Notfall-Operationen
- n = 4.435 Fälle

Anteil 30-Tage-Letalität nach Operationsjahr



COVID-Einfluss



Tab. 1 Pandemiebedingte Leistungsänderungen in der Endoskopie. (Nach [2])

Diagnostische Koloskopien abgesagt	46,49 %
Elektive Kontrollkoloskopien abgesagt	73,32 %
Vorsorgekoloskopien aktiv abgesagt	75,00 %
Rückgang von Koloskopienanfrage	82,57 %
Absage wegen fehlender Schutzausrüstung	22,07 %

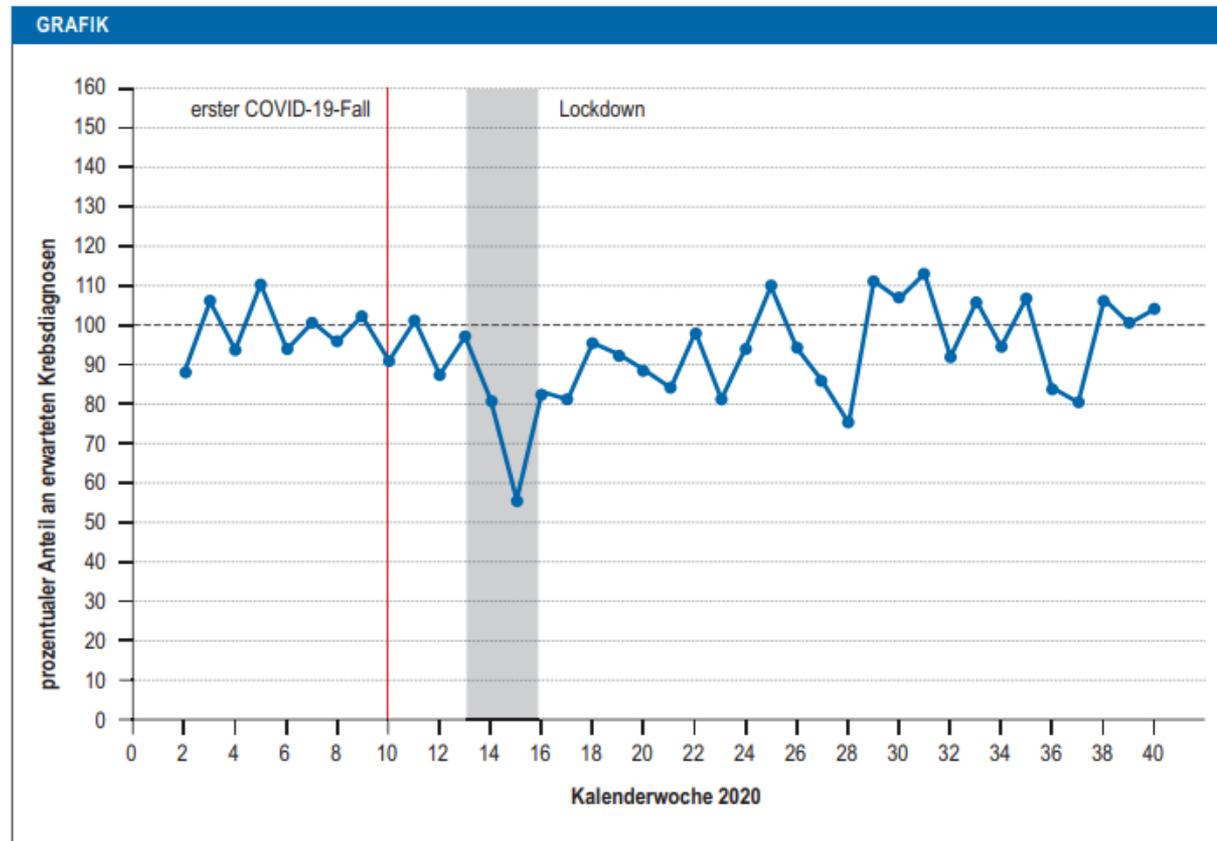
Bekämpfung des kolorektalen Karzinoms sind die aktuellen Prognosen für Deutschland, was die Zahl der Neuerkrankungen und der Sterbeanfälle

Tab. 2 Darmkrebs – Prognose 2020. (Gemäß Robert Koch-Institut [RKI], 2019; [3])

Inzidenz	Mortalität
Männer: 31.300	Männer: 12.873
Frauen: 24.100	Frauen: 10.879
Gesamt: 55.400	Gesamt: 23.752

COVID-Einfluss

Meldungen zu Krebsneuerkrankungen in den sächsischen Krebsregistern: prozentualer Anteil der beobachteten Fallzahlen an den erwarteten Fallzahlen nach Kalenderwoche (Krebs gesamt, ICD-10 C00-C96 ohne C44, D00-D09 ohne D04)



COVID-Einfluss

Für KW 15 wurden nur 52,4 % der erwarteten bösartigen Neubildungen dokumentiert. Bei den In-situ-Fällen war der Rückgang in den KW 19 und 20 am stärksten. Insgesamt wurden 92,9 % der erwarteten invasiven und 95,9 % der erwarteten In-situ-Erkrankungen gezählt. **Unter den häufigsten Tumorentitäten zeigten sich die stärksten Veränderungen bei Darmkrebs (87 % der Erwartungswerte),** gefolgt vom malignen Melanom der Haut (90,1 %), Brustkrebs (91,8 %) und Lungenkrebs (93,0 %). Bei Prostatakrebs wurden insgesamt etwas mehr Fälle als erwartet dokumentiert (101,7 %).

Im regionalen Vergleich fiel das Einzugsgebiet des Klinischen Krebsregisters (KKR) Zwickau auf, zu dem der Vogtlandkreis und Großteile des Erzgebirgskreises sowie des Landkreises Zwickau gehören, die von besonders hohen Infektionszahlen betroffen waren. Hier zeigten sich auch nach Ende des Lockdown teils deutlich geringere Fallzahlen als erwartet. Die Gesamtzahl der Neuerkrankungen lag mit 88,4 % der Erwartungswerte niedriger als im KKR Chemnitz (97,5 %), KKR Dresden (94,1 %) und KKR Leipzig (91,7 %).

Zitierweise

Piontek D, Klagges S, Schubotz B, Werner C, Wulff J: Documented new cases of cancer in the clinical cancer registries of the German state of Saxony during the COVID-19 pandemic. Dtsch Arztebl Int 2021; 118: 328–9. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0216

Dieser Beitrag erschien online am 26. 4. 2021 (online first) auf www.aerzteblatt.de.

COVID-Einfluss

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Technische Universität Berlin

Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise

Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

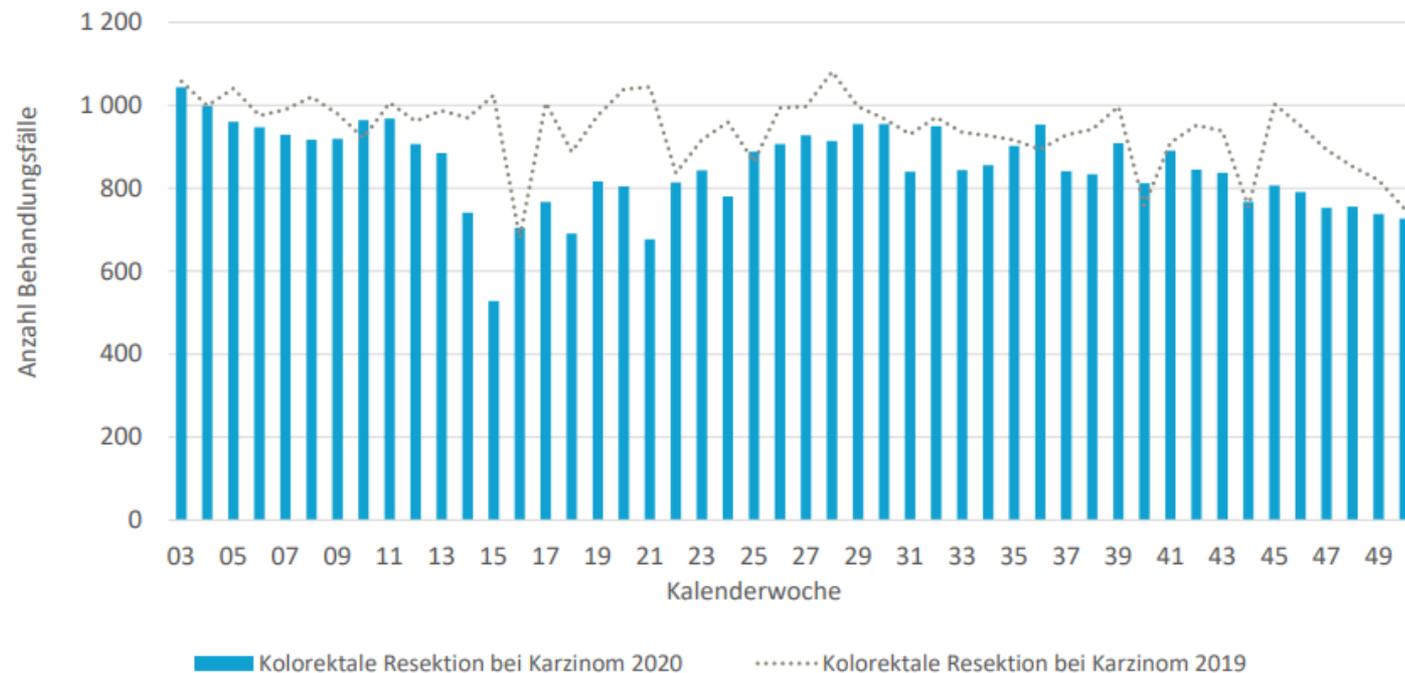
30. April 2021

COVID-Einfluss

RWI/TU Berlin

Schaubild 18

**Anzahl Behandlungsfälle mit kolorektaler Resektion bei Karzinom nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019**



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

COVID-Einfluss

Leistungen und Erlöse von Krankenhäusern in der Corona-Krise

und Brust) untersucht. Der Fallzahlrückgang ist mit insgesamt -5% gegenüber dem Vorjahr deutlich geringer als in der Gesamtheit aller Behandlungsfälle (Tabelle 7).

Tabelle 7

Planbare Operationen bei bösartiger Neubildung

Kennzahlen	2019	2020	Differenz
Kolorektale Resektion bei Karzinom			
Anzahl Fälle	47.570	43.104	-4.466 (-9%)
Anteil Todesfälle	4,3%	4,4%	
Alter Median (IQR)	72 (62-80)	72 (62-80)	
Speiseröhrenresektion bei Karzinom			
Anzahl Fälle	3.131	3.248	+117 (+4%)
Anteil Todesfälle	6,3%	6,3%	
Alter Median (IQR)	65 (58-72)	65 (58-72)	
Magenresektion bei Karzinom			
Anzahl Fälle	5.995	5.689	-306 (-5%)
Anteil Todesfälle	6,2%	5,6%	
Alter Median (IQR)	71 (61-79)	70 (61-79)	
Bauchspeicheldrüsenresektion bei Karzinom			
Anzahl Fälle	6.299	6.454	+155 (+2%)
Anteil Todesfälle	7,9%	7,3%	
Alter Median (IQR)	70 (61-77)	69 (61-77)	
Mammaresektion bei Karzinom			
Anzahl Fälle	75.450	73.444	-2.006 (-3%)
Anteil Todesfälle	0,06%	0,05%	
Alter Median (IQR)	63 (52-74)	63 (52-73)	
Betrachtete planbare Operationen bei bösartigen Neubildungen			
Anzahl Fälle	138.445	131.939	-6.506 (-5%)

1. Halbjahr 2020:
- 12%

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: IQR: Interquartilsabstand (25. bis 75. Perzentil).

Fazit

Operationen in 22 Kliniken,
aber nur 5 Kliniken mit einem caseload >30 (45%)

MIC-Operationen <30%, besseres 5YS (?)

Stark variierende Anwendung der adjuvanten Chemotherapie je nach Klinik

Lebermetastasen-Chirurgie verbessert das Outcome signifikant

COVID führte zu weniger Vorsorgen und weniger Operationen
Patienten sollten zur Nachsorge angehalten werden, um fortgeschrittene
Tumorerkrankungen/ spät detektierte Tumore zu minimieren

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

