Hämatologische Neoplasien im Saarland – Epidemiologie, systemische Therapie und Versorgungsqualität auf Basis des Saarländischen Krebsregisters

Natalie Rath[1], Julian Topaly[2], Jörg Thomas Bittenbring[3,8], Sarah Altmeyer[3], Stephan Kremers[4], Manfred P. Lutz[5], Michaela Matheis[6], Antonia Fuchs[7], Esther Gießelmann[8,9], Laura Schnöder[8,9], Bernd Holleczek[1]

Einleitung

Hämatologische Neoplasien zeichnen sich durch eine ausgeprägte biologische und klinische Heterogenität aus und stellen besondere Anforderungen an Diagnostik, Therapieplanung und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Insbesondere die rasche Weiterentwicklung systemischer Therapiekonzepte hat in den vergangenen Jahren zu einer zunehmenden Komplexität der Versorgung geführt, die eine kontinuierliche Evaluation der Versorgungsrealität erforderlich macht.

Das Saarländische Krebsregister bietet als klinisch-epidemiologisches Register die Möglichkeit, diese Versorgungsrealität sektorenübergreifend abzubilden. Auf Grundlage der gesetzlich erhobenen Registerdaten können epidemiologische Merkmale, therapeutische Maßnahmen sowie leitlinienrelevante Qualitätsindikatoren (QI) analysiert und gemeinsam mit den in der Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzten diskutiert werden. Dieser Ansatz ermöglicht eine praxisnahe Einordnung der onkologischen Versorgung jenseits klinischer Studienpopulationen.

Vor diesem Hintergrund widmete sich die zweite regionale Qualitätskonferenz (QK) des Krebsregisters Saarland im Jahre 2025 erstmals hämatologischen Neoplasien. Neben der Darstellung von Inzidenzen und Altersstrukturen lag ein besonderer Schwerpunkt auf den systemischen Therapien, einschließlich der eingesetzten Therapieformen und Substanzklassen. Ergänzend wurden Aspekte der interdisziplinären Versorgung sowie ausgewählte leitlinienbasierte QI herangezogen, um die Behandlung aus registerbasierter Perspektive zu bewerten.

Die Auswertungen beruhen auf ICD-10-kodierten Diagnosen, die für epidemiologische Analysen und Qualitätssicherung unverzichtbar sind. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass therapeutische Entscheidungen in der hämatoonkologischen Praxis vorwiegend auf biologischen und molekularen Kriterien basieren, die durch die ICD-Systematik nur eingeschränkt abgebildet werden. Die dargestellten Ergebnisse sind daher als aggregierte Darstellung der Versorgung zu verstehen und sollen Impulse für die weitere Diskussion und Zusammenarbeit zwischen Versorgungseinrichtungen und Krebsregister geben.

Datenbasis und Methodik

Grundlage der durchgeführten QK waren Daten des Krebsregisters Saarland zu hämatologischen Neoplasien bei Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Saarland, deren Erkrankung zwischen 2018 und 2023 erstmalig diagnostiziert und an das Krebsregister gemeldet wurde (Datenstand: 19. November 2025). Betrachtet wurden Lymphome und Plasmazellerkrankungen (ICD-10: C81-C84, C85.2, C90) sowie Leukämien (ICD-10: C91-C93). Ein besonderer Fokus lag auf dem multiplen Myelom (ICD-10: C90.0), der chronischen lymphatischen Leukämie (CLL; ICD-10: C91.1 und C91.3) und den akuten myeloischen Leukämien (AML; ICD-10: C92.0 und C93.0/2/4). Weitere hämatologische Neoplasien mit C- oder D-Kodierung wurden aufgrund der inhaltlichen Schwerpunktsetzung und des begrenzten zeitlichen Rahmens nicht in die Auswertung einbezogen. Für die vertiefenden Auswertungen wurde entsprechend dem etablierten Vorgehen bei den Qualitätskonferenzen ein Zeitraum von sechs Diagnosejahren (2018-2023) zugrunde gelegt. Für die Darstellung der zeitlichen Entwicklung der Inzidenzraten wurde der Beobachtungszeitraum auf die Diagnosejahre 2014 – 2023 erweitert, um die Entwicklung über eine längere Zeitreihe abbilden zu können.

[1] Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit, Referat E5, Krebsregister und Epidemiologische Studien, Neugeländstraße 9, 66117 Saarbrücken
[2] Klinikum Herford, Klinik für Hämatologie und Onkologie, Schwarzenmoorstraße 70, 32049 Herford
[3] Universitätsklinikum des Saarlandes, Klinik für Innere Medizin I, Hämato-Onkologie & Rheumatologie, Kirrberger Straße 100, 66421 Homburg
[4] Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis, Klinik für Hämatologie, Onkologie, Strahlentherapie und Palliativmedizin, Kapuzinerstraße 4, 66740 Saarlouis
[5] CaritasKlinikum St. Theresia, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie, Rheinstraße 2, 66113 Saarbrücken
[6] CaritasKlinikum St. Theresia, Klinik für Hämatologie und Onkologie, Rheinstraße 2, 66113 Saarbrücken
[7] CaritasKlinikum St. Theresia, Onkologisches Zentrum, Rheinstraße 2, 66113 Saarbrücken
[8] Universitätsmedizinisches Zentrum für Tumorerkrankungen des Saarlandes, Kirrberger Straße 100, 66421 Homburg
[9] Zentrale Tumordokumentation am Universitätsklinikum des Saarlandes, Kirrberger Straße 100, 66421 Homburg

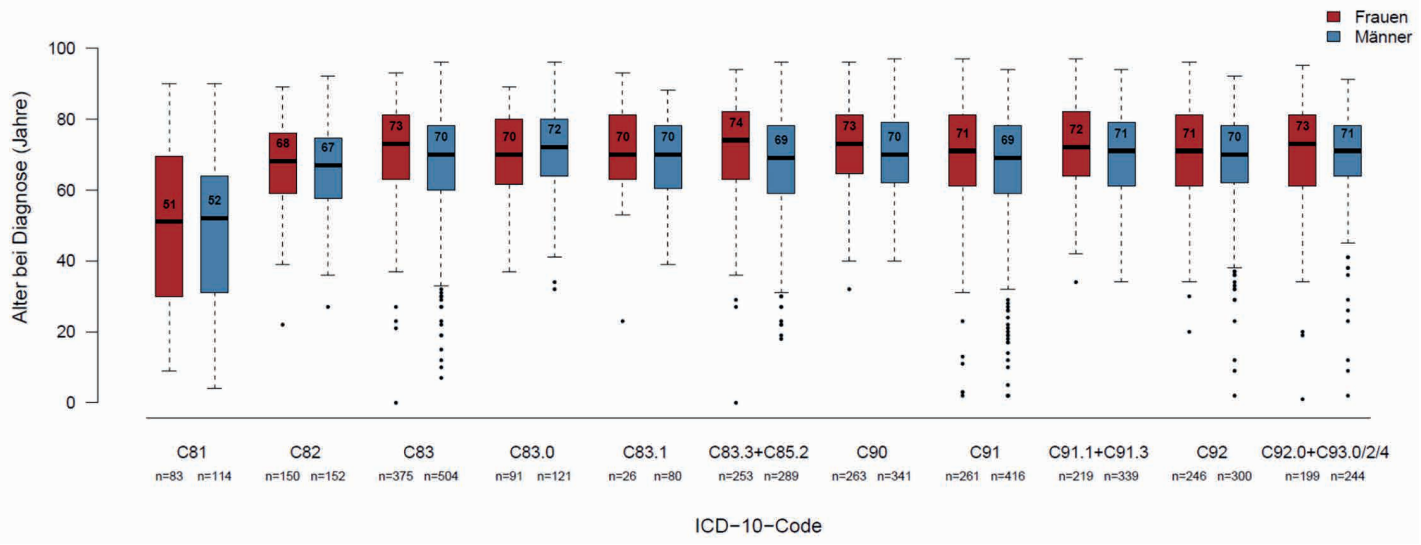


Abbildung 1: Medianes Erkrankungsalter bei hämatologischen Neoplasien. Diagnosejahre 2018-2023. Dargestellt sind Hodgkin-Lymphome (C81), follikuläre Lymphome (C82), nicht follikuläre Lymphome (C83), kleinzellige B-Zell-Lymphome (C83.0), Mantelzell-Lymphome (C83.1), diffuse großzellige B Zell Lymphome (DLBCL, C83.3 + C85.2), Myelome (C90), lymphatische Leukämien (C91), chronische lymphatische Leukämien (CLL, C91.1 + C91.3), myeloische Leukämien (C92) und akute myeloische Leukämien (AML, C92.0 + C93.0/2/4).

Ergebnisse

Zwischen dem 01.01.2018 und dem 31.12.2023 wurden insgesamt 1.681 inzidente Fälle von hämatologischen Neoplasien im Krebsregister Saarland dokumentiert. Das mediane Erkrankungsalter zeigte zwischen den verschiedenen hämatologischen Entitäten eine breite Spanne von 51 Jahren beim Hodgkin-Lymphom (ICD-10: C81) bis zu 73 Jahren bei der AML (Abbildung 1). Im Vergleich zu den bundesweiten Daten aus „Krebs in Deutschland 2021 – 2023" des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) waren die Werte für die meisten Entitäten weitgehend vergleichbar (Robert Koch-Institut und Deutsche Krebsregister e. V., 2025).
Wie Tabelle 1 zeigt, lag das mediane Erkrankungsalter im Saarland bei den meisten betrachteten hämatologischen Neoplasien nahe an den bundesweiten Vergleichswerten. Die deutlichste Abweichung zeigte sich beim Hodgkin-Lymphom, bei dem das mediane Erkrankungsalter im Saarland sowohl bei Frauen als auch bei Männern höher lag. Beim Mantelzell-Lymphom (C83.1) waren die saarländischen Werte dagegen geringfügig niedriger. Bei den übrigen Erkrankungen zeigten sich nur geringe Unterschiede. Insgesamt waren auch die Geschlechtsunterschiede im medianen Erkrankungsalter gering. Die beobachteten Altersverteilungen entsprachen damit weitgehend den bundesweiten Trends.

Neben den Altersstrukturen wurden auch die zeitlichen Entwicklungen der Inzidenzraten betrachtet. Abbildung 2 zeigt die altersstandardisierten Inzidenzraten der betrachteten hämatologischen Entitäten pro 100.000 Personen im Saarland für den Zeitraum 2014 bis 2023, stratifiziert nach Geschlecht. Insgesamt zeigten sich die Raten über den Beobachtungszeitraum weitgehend stabil, mit leichten Schwankungen ohne eindeutigen Trend.

Tabelle 1: Medianes Erkrankungsalter im Saarland und bundesweit nach Geschlecht.

Erkrankung	Saarland Frauen	Saarland Männer	Bundesweit Frauen	Bundesweit Männer
Hodgkin-Lymphom (ICD-10: C81)	51	52	41	47
Follikuläres Lymphom (ICD-10: C82)	68	67	69	67
Kleinzelliges B-Zell-Lymphom (C83.0)	70	72	72	72
Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom (C83.3 + C85.2)	74	69	74	71
Mantelzell-Lymphom (C83.1)	70	70	74	72
Plasmazellerkrankungen (C90)	73	70	73	72
Chronische lymphatische Leukämie (C91.1 + C91.3)	72	71	74	72
Akute myeloische Leukämien (C92.0 + C93.0/2/4)	73	71	72	72

Anmerkung: Angaben in Jahren. Die bundesweiten Vergleichswerte beziehen sich auf Krebs in Deutschland 2021 – 2023 (Robert Koch-Institut und Deutsche Krebsregister e. V., 2025)

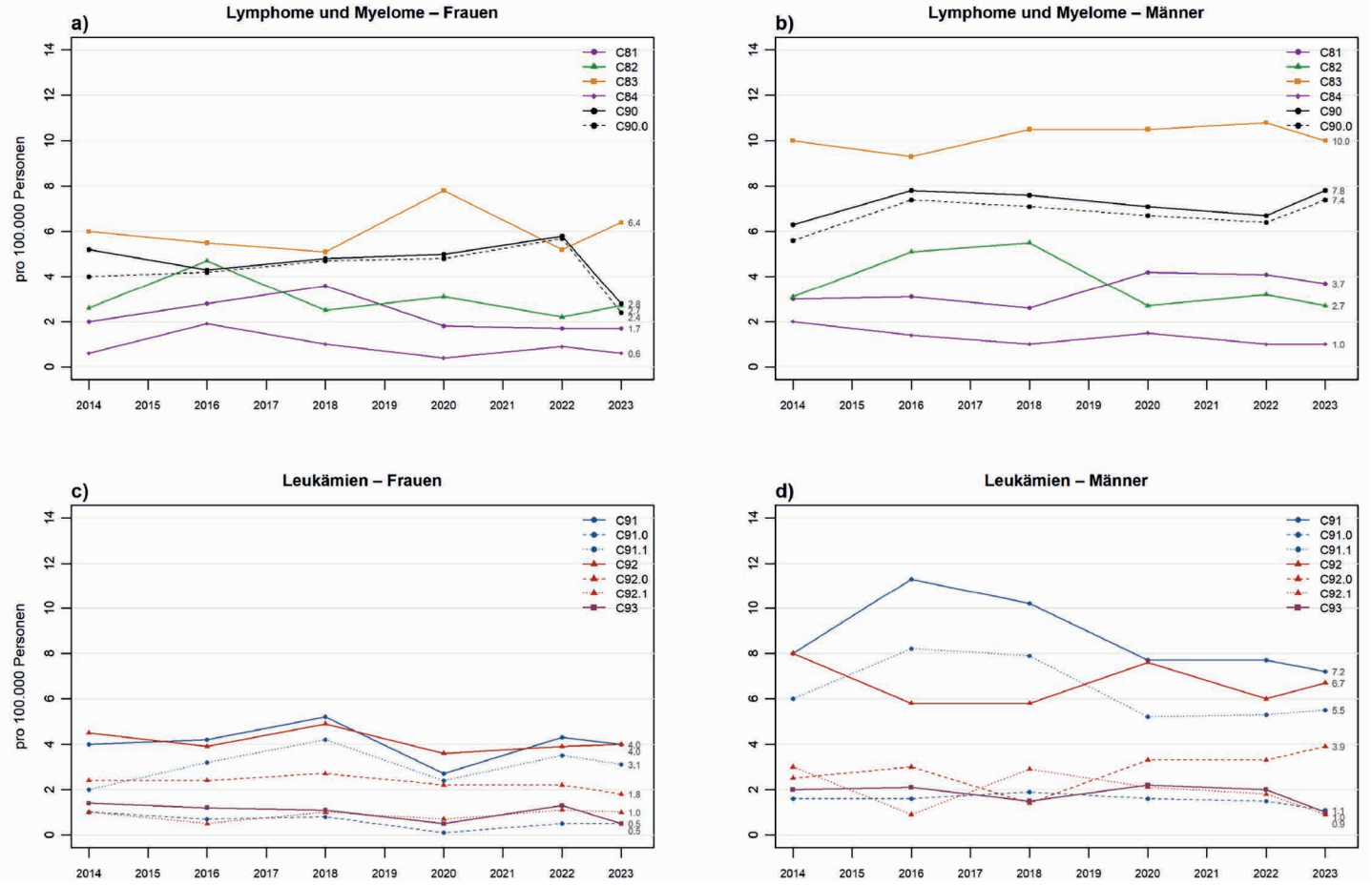


Abbildung 2: Darstellung der altersstandardisierten Inzidenzraten ausgewählter hämatologischer Neoplasien. Diagnosejahre 2014 – 2023.

Bei den Lymphomen und Plasmazellerkrankungen (Abbildung 2a und b) wiesen Männer überwiegend höhere Inzidenzraten auf als Frauen. Besonders deutlich war der Geschlechtsunterschied bei der Diagnosegruppe der nicht follikulären Lymphome. Im Jahr 2023 lag die Inzidenzrate bei Männern bei etwa 10,0 pro 100.000 und bei Frauen bei 6,4 pro 100.000. Plasmazellerkrankungen (C90 und C90.0) zeigten bei Männern mit etwa 7 bis 8 pro 100.000 höhere Raten als bei Frauen mit etwa 2 bis 3 pro 100.000. Die T- und NK-Zell Lymphome wiesen bei beiden Geschlechtern die niedrigsten Inzidenzraten auf und lagen unter 1 pro 100.000 Personen.

Bei den Leukämien (Abbildung 2c und d) zeigten sich ebenfalls deutliche Geschlechtsunterschiede. Männer waren mit Raten von 7,2 für lymphatische Leukämien und 6,7 für myeloische Leukämien pro 100.000 Männer im Jahr 2023 häufiger betroffen als Frauen, bei denen die Raten für lymphatische und myeloische Leukämien jeweils bei 4,0 pro 100.000 lagen. Bei Männern stieg die Rate für lymphatische Leukämien zunächst bis 2016 an und nahm anschließend auf 7,2 pro 100.000 im Jahr 2023 ab. Bei Frauen schwankten die Raten im Beobachtungszeitraum, ohne einen eindeutigen langfristigen Trend zu zeigen. Diese Geschlechtsunterschiede in den Inzidenzraten entsprechen den bekannten epidemiologischen Mustern und sind konsistent mit bundesweiten Beobachtungen.

Ergänzend zur epidemiologischen Deskription wurden die fünf häufigsten im Krebsregister dokumentierten systemischen Therapiesubstanzen für die QK nach Entität ausgewertet. Die Darstellung erfolgt auf Substanzebene als Anteil an allen Behandelten pro Jahr und ICD-Code. Beim Hodgkin-Lymphom zeigten sich über den gesamten Beobachtungszeitraum stabile und gleichmäßig verteilte Substanzanteile, so wurden unter anderem durchgängig Dacarbazin, Doxorubicin, Bleomycin und Etoposid dokumentiert. Diese Wirkstoffe werden in etablierten Therapiekonzepten wie ABVD und BEACOPP eingesetzt (Leitlinienprogramm Onkologie, 2022a). Beim follikulären Lymphom war Rituximab die am häufigsten dokumentierte Substanz. Ergänzend wurden Vincristin, Cyclophosphamid und Bendamustin erfasst. Das beobachtete Substanzspektrum umfasst damit Wirkstoffe, die unter anderem im Rahmen von R-CVP und in Kombinationen aus Rituximab und Bendamustin eingesetzt werden (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). Für das DLBCL gehörten Cyclophosphamid, Doxorubicin, Prednison, Rituximab und Vincristin zu den am häufigsten dokumentierten Substanzen. Diese Wirkstoffe sind auch Bestandteile des etablier-

ten R-CHOP-Regimes (Leitlinienprogramm Onkologie, 2022b). Mit Polatuzumab Vedotin wurde das therapeutische Spektrum im Beobachtungszeitraum erweitert. Seit Mai 2022 ist die Substanz in Kombination mit Rituximab, Cyclophosphamid, Doxorubicin und Prednison (R-CHP) für die Behandlung erwachsener Patientinnen und Patienten mit zuvor unbehandeltem DLBCL zugelassen (European Medicines Agency, 2022). Beim multiplen Myelom wurden insbesondere Bortezomib, Daratumumab, Lenalidomid, Dexamethason und Cyclophosphamid dokumentiert. Bortezomib, Lenalidomid und Daratumumab wurden 2004, 2007 beziehungsweise 2016 in der Europäischen Union zugelassen (European Medicines Agency, 2004, 2007, 2016a). Diese Substanzen kommen in verschiedenen etablierten Kombinationstherapien zum Einsatz (Leitlinienprogramm Onkologie, 2022c). Der Anteil von Daratumumab nahm im Zeitverlauf leicht zu. Dies weist auf eine zunehmende Bedeutung der Substanz in der Versorgung hin. Für die CLL umfasste das dokumentierte Substanzspektrum Bendamustin, Ibrutinib, Rituximab, Venetoclax und Obinutuzumab. Obinutuzumab und Venetoclax wurden 2014 beziehungsweise 2016 für die Behandlung der CLL zugelassen (European Medicines Agency, 2014, 2016b). Damit wurden sowohl Wirkstoffe klassischer Chemoimmuntherapien als auch zielgerichteter Therapieansätze erfasst (Leitlinienprogramm Onkologie, 2024). Bei der AML wurden Azacitidin, Cytarabin, Daunorubicin, Hydroxycarbamid und Venetoclax am häufigsten dokumentiert. Azacitidin wurde 2008 in der Europäischen Union zugelassen. Die Zulassung von Venetoclax wurde 2021 auf die Behandlung der neu diagnostizierten AML erweitert (European Medicines Agency, 2008; European Commission, 2021). Die Anteile der einzelnen Substanzen blieben über den Beobachtungszeitraum weitgehend stabil. Insgesamt zeigt das dokumentierte Substanzspektrum deutliche Bezüge zu den in den jeweiligen Leitlinien beschriebenen Therapiekonzepten.

Neben den Therapiedaten wurden auch die absoluten 5-Jahres-Überlebensraten der betroffenen Patientinnen und Patienten analysiert (Diagnosejahre 2018 bis 2023) und mit den bundesweiten Referenzwerten verglichen. Im Vergleich zu den bundesweiten Daten aus „Krebs in Deutschland 2021 – 2023“ (Robert Koch-Institut und Deutsche Krebsregister e. V., 2025) zeigten sich für die betrachteten Entitäten insgesamt nur geringe Abweichungen zwischen den im Saarland beobachteten absoluten 5-Jahres-Überlebensraten und den Referenzwerten auf Bundesebene. Beim multiplen Myelom waren die Überlebensraten im Saarland mit 49% bei Frauen und 51% bei Männern nahezu identisch zu den bundesweiten Angaben (50% bzw. 51%). Auch für die CLL zeigten sich vergleichbare Ergebnisse, wobei im Saarland für Frauen ein Überleben von 73% und für Männer von 71% beobachtet wurde, gegenüber 74% bzw. 69% in den bundesweiten Daten. Bei der AML lagen die Überlebensraten im Saarland mit 24% bei Frauen etwas unter dem bundesweiten Wert von 26%, während die Rate bei Männern mit 26% geringfügig über dem Bundeswert von 23% lag. Aufgrund der insgesamt ungünstigen Prognose der AML und der begrenzten Fallzahlen sind diese Unterschiede jedoch mit entsprechender Zurückhaltung zu interpretieren. Für das DLBCL zeigten sich wiederum sehr ähnliche Überlebensraten im Saarland (50% bei Frauen, 48% bei Männern) im Vergleich zu den bundesweiten Angaben (49% bzw. 50%).

Qualitätsindikatoren

Zur Beurteilung der Versorgungsqualität wurden drei etablierte QI für hämatologische Neoplasien ausgewertet. Die QI leiten sich aus Empfehlungen der evidenzbasierten S3-Leitlinien des Leitlinienprogramms Onkologie ab (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020, 2022a, 2022b). Ihre Operationalisierung erfolgt auf Basis des bundeseinheitlichen onkologischen Datensatzes (oBDS) durch die AG Leitlinien-Qualitätsindikatoren der Plattform § 65c, einem Zusammenschluss der klinischen Krebsregister der Länder, der die Leitlinien-QI für die registerbasierte Auswertung standardisiert. Die Berechnung erfolgte gemäß diesen Rechenregeln.

Der QI5 erfasst den Anteil erwachsener Patientinnen und Patienten bis 60 Jahre mit Erstdiagnose eines Hodgkin-Lymphoms (ICD-10 C81) im Ann-Arbor-Stadium III A/B oder Stadium IV A/B, die eine Therapie mit BEACOPP eskaliert erhielten. Als Zähler wurden alle Patientinnen und Patienten definiert, bei denen eine Systemtherapie dokumentiert wurde und das Protokoll BEACOPP eskaliert angegeben war. Im Beobachtungszeitraum erfüllten insgesamt 71% der infrage kommenden Patientinnen und Patienten den QI (Tabelle 2). Die Anwendungsrate betrug bei den unter 50-Jährigen 72% und bei den 50- bis 60-Jährigen 66%. Für Patientinnen und Patienten über 60 Jahre war dieser Indikator aufgrund der Altersbegrenzung nicht anwendbar. Die Beschränkung auf fortgeschrittene Stadien (III und IV) führt zu einer stark eingeschränkten Fallzahl, was bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden muss. Insbesondere bei den 50- bis 60-Jährigen mit nur 15 Fällen sind die Ergebnisse mit erheblicher statistischer Unsicherheit behaftet.

Der QI3 erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit follikulärem Lymphom (ICD-10 C82) im Alter von mindestens 18 Jahren, bei denen im Rahmen einer Bestrahlung als Erstlinientherapie eine Involved-Site- oder Involved-Field-Bestrahlung dokumentiert wurde. Eingeschlossen wurden Fälle mit einer Strahlentherapie innerhalb von sechs Monaten nach der Diagnose oder mit einer ersten Strahlentherapie nach einer zuvor dokumentierten abwartenden Behandlungsstrategie. Bei 52% der einbezogenen bestrahlten Patientinnen und Patienten war eine solche Bestrahlung dokumentiert. Der Anteil betrug bei den unter 50-Jährigen 75%, bei den 50 bis 69-Jährigen 47% und bei den mindestens 70-Jährigen 52%. Die Unterschiede beziehen sich auf die dokumentierte Bestrahlungsform innerhalb der bestrahlten Patientengruppe und nicht auf die grundsätzliche Anwen-

dung einer Strahlentherapie. Aufgrund der geringen Fallzahl, insbesondere in der jüngsten Altersgruppe, ist die altersspezifische Analyse nur eingeschränkt aussagekräftig.

Der QI2 erfasst den Anteil von Patientinnen und Patienten im Alter von 18 bis einschließlich 80 Jahren mit Erstdiagnose eines DLBCLs (ICD-10 C82.4, C83.3, C83.8, C85.2) und kurativer Therapieintention, die eine Immunchemotherapie mit R-CHOP oder einem R-CHOP-ähnlichen Protokoll erhielten. Die QI-Definition des DLBCL umfasst neben den klassischen Entitäten C83.3 und C85.2 auch C82.4 (follikuläres Lymphom Grad IIIb) und C83.8 (sonstige nicht follikuläre Lymphome). Als Zähler wurden Patientinnen und Patienten definiert, bei denen in der Systemtherapie die Angabe R-CHOP oder ein ähnliches Protokoll dokumentiert wurde. Gemäß Leitliniendefinition werden auch R-CHOP-ähnliche Protokolle mit Polatuzumab Vedotin berücksichtigt. Insgesamt erfüllten 85% der Patientinnen und Patienten diesen QI. Die Anwendungsrate variierte zwischen den Altersgruppen mit 92% bei Patientinnen und Patienten unter 50 Jahren, 75% bei den 50- bis 69-Jährigen und 95% bei Patientinnen und Patienten im Alter von 70 bis einschließlich 80 Jahren. Die niedrigere Rate in der Altersgruppe von 50 bis 69 Jahren fällt im Vergleich zu den jüngeren und älteren Patientinnen und Patienten auf. Mit insgesamt 328 auswertbaren Fällen verfügte QI2 über die größte Datenbasis der drei untersuchten Qualitätsindikatoren.

Diskussion und Conclusio

Die vorliegende registerbasierte Auswertung hämatologischer Neoplasien im Saarland liefert auf Grundlage der Diagnosejahre 2018 bis 2023 einen umfassenden Überblick über epidemiologische Merkmale, Überlebensraten und ausgewählte QI der onkologischen Versorgung. Für die Analyse zeitlicher Entwicklungen der Inzidenzraten wurde der Beobachtungszeitraum auf die Jahre 2014 bis 2023 erweitert. Ein zentrales Ergebnis der epidemiologischen Deskription ist die weitgehende Übereinstimmung der saarländischen Daten mit den bundesweiten Referenzwerten. Sowohl das mediane Erkrankungsalter als auch die beobachteten Überlebensraten zeigten für die meisten betrachteten Entitäten nur geringe Abweichungen vom Bundesdurchschnitt. Dies gilt insbesondere für das multiple Myelom, die CLL und das DLBCL, bei denen die saarländischen Werte nahezu deckungsgleich mit den nationalen Daten sind. Die weitgehende Übereinstimmung der Altersverteilungen und Inzidenzverläufe mit den bundesweiten Daten unterstützt die Plausibilität der saarländischen Registerdaten. Eine Ausnahme bildete das Hodgkin-Lymphom, bei dem das mediane Erkrankungsalter im Saarland mit 51 bzw. 52 Jahren (Frauen bzw. Männer) deutlich über den bundesweiten Werten von 41 bzw. 47 Jahren lag. Diese Abweichung könnte auf die vergleichsweise geringe Fallzahl und damit verbundene statistische Schwankungen zurückzuführen sein. Ebenfalls mit Zurückhaltung zu interpretieren sind die leicht unterdurchschnittlichen Überlebensraten bei der AML für Frauen (24% vs. 26% bundesweit), da die begrenzte Fallzahl und die ohnehin ungünstige Prognose dieser Erkrankung Zufallsvariationen begünstigen.

Ein wesentlicher Aspekt, der im Rahmen der Qualitätskonferenz durch den Fachvortrag von Herrn PD Dr. Bittenbring eindrücklich verdeutlicht wurde, betrifft die strukturellen Grenzen der ICD-10-Systematik für die Abbildung hämatologischer Entitäten. Die historische Entwicklung der Klassifikationssysteme – von der Rappaport-Klassifikation (Rappaport, 1966) über die REAL-Klassifikation (Harris et al., 1994) bis zur aktuellen WHO-Klassifikation 5. Version (Alaggio et al., 2022) sowie der parallel existierenden ICC-Klassifikation (Campo et al., 2022) - spiegelt den tiefgreifenden Wandel des Fachgebiets hin zu einer zunehmend molekulargenetisch und biologisch definierten Krankheitseinteilung wider. Die ICD-10-Kodierung folgt dieser Entwicklung nur eingeschränkt. Ein besonders prägnantes Beispiel ist der Code C83.3, der sowohl das DLBCL als auch das primäre ZNS-Lymphom umfasst. Zwei Entitäten mit fundamental unterschiedlichen Therapiekonzepten und Prognosen, die sich registerbasiert nicht trennen lassen. Diese Limitationen sind bei der Interpretation aller registerbasierten Auswertungen zu berücksichtigen: Die dargestellten Ergebnisse bilden stets aggregierte Versorgungsrealitäten

Tabelle 2: Darstellung der untersuchten Qualitätsindikatoren.

Qualitätsindikator	Gesamt	< 50 Jahre	50 – 69 Jahre	≥ 70 Jahre
QI5 – BEACOPP eskaliert bei fortgeschrittenem Hodgkin-Lymphom	71% (49/69)	72% (39/54)	66% (10/15)	-
QI3 – Involved-site oder involved-field Bestrahlung bei follikulärem Lymphom	52% (32/61)	75% (6/8)	47% (15/32)	52% (11/21)
QI2 – R-CHOP bei Erstdiagnose im Alter bis einschließlich 80 Jahre und kurativer Therapieintention bei diffus großzelligem B-Zell-Lymphom	85% (278/328)	92% (36/39)	75% (121/162)	95% (121/127)

Anmerkung. Angaben als Erfüllungsrate in Prozent. Werte in Klammern geben Zähler und Nenner an. - = nicht zutreffend. Berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten mit einem Hodgkin-Lymphom (C81), follikulärem Lymphom (C82) oder diffus großzelligem B-Zell-Lymphom (C82.4, C83.3, C83.8, C85.2). Für QI5 umfasst die Altersgruppe 50-69 Jahre aufgrund der Altersbegrenzung des Indikators ausschließlich Patientinnen und Patienten bis einschließlich 60 Jahre. Für QI2 umfasst die Altersgruppe ≥ 70 Jahre aufgrund der Altersbegrenzung des Indikators ausschließlich Patientinnen und Patienten im Alter von 70 bis einschließlich 80 Jahren.

ab und können die klinische Differenzierungstiefe moderner hämatologischer Diagnosen nur annäherungsweise widerspiegeln. Trotz der beschriebenen Limitationen der registerbasierten Abbildung weist das dokumentierte Substanzspektrum für die meisten Entitäten deutliche Bezüge zu den in den jeweiligen S3-Leitlinien beschriebenen Therapiekonzepten auf.

Die drei untersuchten leitlinienbasierten QI zeigten unterschiedliche Erfüllungsraten. Für den QI2 (R-CHOP bei DLBCL) lag die Erfüllungsrate insgesamt bei 85%. Dabei zeigten sich Unterschiede zwischen den Altersgruppen mit 92% bei den unter 50-Jährigen, 75% bei den 50- bis 69-Jährigen und 95% bei den 70- bis 80-Jährigen. Insbesondere die niedrigere Rate in der Altersgruppe von 50 bis 69 Jahren fällt auf. Denkbar sind Unterschiede in der Eignung für eine R-CHOP- oder R-CHOP-ähnliche Therapie, in der Fallzusammensetzung, im Versorgungssetting sowie in der Dokumentation. Die Ursachen für diesen Unterschied waren nicht Gegenstand der vorliegenden Auswertung. Für den QI5 (BEACOPP eskaliert bei fortgeschrittenem Hodgkin-Lymphom) lag die Erfüllungsrate bei 71%, wobei die stark eingeschränkte Fallzahl, insbesondere bei den 50- bis 60-Jährigen mit nur 15 Fällen, eine belastbare statistische Bewertung limitiert. Beim QI3 zeigte sich bei den unter 50 Jahre alten Patientinnen und Patienten mit 75% ein höherer Anteil an dokumentierten Involved-Site- oder Involved-Field-Bestrahlungen als in den älteren Altersgruppen. Der Anteil betrug bei den 50 bis 69 Jahre alten Patientinnen und Patienten 47% und bei den mindestens 70 Jahre alten Patientinnen und Patienten 52%. Die Unterschiede beziehen sich auf die Art des dokumentierten Bestrahlungsfeldes innerhalb der bestrahlten Patientinnen- und Patientengruppe. Rückschlüsse darauf, ob jüngere Patientinnen und Patienten häufiger bestrahlt wurden oder ob bei ihnen häufiger ein frühes Erkrankungsstadium mit kurativem Therapieansatz vorlag, sind anhand dieses QI nicht möglich. Aufgrund der geringen Fallzahl, insbesondere in der jüngsten Altersgruppe, ist die altersspezifische Auswertung nur eingeschränkt interpretierbar. Darüber hinaus zeigen aktuelle Studien wie die HD21-Studie (BrECADD) und die SWOG-S1826-Studie (Nivolumab-AVD) beim Hodgkin-Lymphom, dass sich die Erstlinientherapie im Wandel befindet und dies die künftige Bewertung des QI5 beeinflussen könnte (Borchmann et al., 2024; Herrera et al., 2024).

Die Ergebnisse der regionalen QK des Krebsregisters Saarland zeigen, dass die epidemiologischen Kennzahlen und Überlebensraten im Saarland weitgehend mit den bundesweiten Referenzwerten übereinstimmen und die untersuchten QI unterschiedliche, zum Teil hohe Erfüllungsraten aufweisen. Die registerbasierte Analyse ermöglicht eine wertvolle Außenperspektive auf die Versorgungsrealität und schafft eine gemeinsame Diskussionsgrundlage für die beteiligten Versorgungseinrichtungen. Die strukturellen Grenzen der ICD-10-Kodierung und die zunehmende Komplexität moderner Therapiekonzepte zeigen, dass die klinische und epidemiologische Abbildung hämatologischer Erkrankungen weiter verbessert werden muss. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Kliniken, pathologischen und molekularpathologischen Einrichtungen sowie dem Krebsregister ist hierfür wesentlich, um differenziertere Auswertungen zu ermöglichen und die Qualitätssicherung der hämatologischen Versorgung weiterzuentwickeln.

Danksagung

Das Krebsregister Saarland bedankt sich ganz herzlich bei allen meldenden Ärztinnen und Ärzten im Saarland für die fortdauernde konstruktive Zusammenarbeit. Die Mitwirkung bei der Krebsregistrierung durch Meldungen ermöglicht eine möglichst vollzählige und vollständige Abbildung der auftretenden Tumorerkrankungen, deren Versorgung und Verlauf für die vielfältigen Aufgaben der Krebsbekämpfung.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Natalie Rath
Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit,
Referat E5, Krebsregister und Epidemiologische Studien
E-Mail: n.rath@soziales.saarland.de

Anzeige

