

# Jährlicher Schweizer Datenqualitätsbericht (aDQR)

Letztes Jahr der Diagnose: **2021**

Dezember 2024

## Einführung

Der jährliche Datenqualitätsbericht (aDQR) präsentiert und kommentiert die Qualität der Krebsregisterdaten auf nationaler Ebene. Er dient als Datenqualitätsdokumentation für die nationale Krebsstatistik sowie für Dritte, die den nationalen Krebsdatensatz (National Cancer Dataset, NCD) nutzen.

Die Nationale Krebsregistrierungsstelle (NKRS) fasst die Basis- und Zusatzdaten aller kantonalen Krebsregister (KKR) zu einem einzigen nationalen Krebsdatensatz (NCD) zusammen. Um eine hohe Datenqualität des NCD zu gewährleisten, führt die NKRS fallweise eine Reihe von Qualitätsprüfungen durch und vergleicht systematisch die Qualitätsindikatoren (QI) zwischen den KKR. Um unplausible Ergebnisse zu identifizieren, werden Ausreisseranalysen sowie Vergleiche mit international anerkannten Referenzwerten durchgeführt. Die Ergebnisse der vergleichenden Datenqualitätsanalysen werden im aDQR zusammengestellt und mit den KKR diskutiert, damit die Register die Veränderungen ihrer eigenen Datenqualität im Laufe der Zeit verfolgen und interpretieren können.

Der aDQR 2021 vergleicht das Diagnosejahr 2021 bzw. die Jahre 2020-2021 mit den Vorjahren (2014 und später). Er basiert auf den Daten von dreizehn KKR in der Schweiz, die für den Zeitraum 2014 - 2019 rund 90% der Schweizer Gesamtbevölkerung abdecken. Ab 2020 beträgt die Abdeckung 100% (nach Einführung des nationalen Krebsregistrierungsgesetzes, KRG).

## Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass die Datenqualität der Krebsregister in der Schweiz insgesamt hoch ist.

Die Vollständigkeit der Fallerfassung und die Genauigkeit der registrierten Informationen wurden im Vergleich zu anderen europäischen Ländern als hoch eingestuft.

Die Vollständigkeit der Fallinformationen hat sich im Laufe der Zeit deutlich verbessert und ist für die meisten aufgezeichneten Informationen ab dem Inzidenzjahr 2020 hoch. Es wurden Diagnosezeiträume mit ausreichenden Informationen für die nationale Krebsüberwachung ermittelt.

Die Vergleichbarkeit der Registrierungen wurde in der relativ homogenen Gruppe des metastasierten Lungenkrebses hinsichtlich der Methoden, die zur Entdeckung des Krebses führen, bewertet. Während der Schweizer Durchschnitt mit den Ergebnissen internationaler Studien vergleichbar ist, wurde eine gewisse Heterogenität zwischen den Registern festgestellt.

Es wurde festgestellt, dass sich die Zeitspanne zwischen Diagnose und Registrierung in den aufeinander folgenden Diagnosejahren verkürzt hat, insbesondere seit der Einführung des KRG.

## **A. Qualitätsindikatoren (QI): Vollständigkeit der Diagnosen**

Die Vollständigkeit der Diagnosen (oder Fallfindung) bewertet, ob alle meldepflichtigen Krebsdiagnosen in einer definierten Population in den Datenbanken von Krebsregistern erfasst worden sind.

### **A1. Anzahl der registrierten und erwarteten Diagnosen ("historischer Trend")**

Die beobachtete Zahl der registrierten Diagnosen für 2021 wurde mit der erwarteten Zahl der Krebsdiagnosen für 2021 verglichen. Die Erwartung basierte auf dem modellierten historischen Trend der zugrundeliegenden Raten für 2014 - 2020 und wurde auf 2021 projiziert.

[Link to table 1: observed and expected diagnoses in 2021](#)

#### Interpretation:

Die registrierten Inzidenzzahlen für das Jahr 2021 liegen für alle analysierten Krebsarten innerhalb der Konfidenzintervalle für die trend-extrapolierten Inzidenzzahlen. Dieses Ergebnis gilt auch für jedes KKR (kantonales Krebsregister) separat. Es gibt also keinen Hinweis auf eine vermutete Untererfassung der Diagnosen für das Jahr 2021 auf nationaler Ebene.

### **A2. Verhältnis von Mortalitäts- zu Inzidenzrate (Mortality Incidence Ratio MIR)**

Die MIR vergleicht die Anzahl der in einem bestimmten Gebiet und Zeitraum registrierten neuen Krebsfälle mit der Zahl der krebisbedingten Todesfälle in demselben Gebiet und Zeitraum. Die MIR ist ein Näherungswert für die Letalität (der Anteil der Patientinnen und Patienten, die an einer Krankheit sterben). Gestützt auf die relativ vollständige Todesursachenstatistik der Schweiz [1] kann die vollzählige Erfassung der Diagnosen beurteilt werden, indem die MIR-Werte in der Schweiz (2017 - 2021) mit Referenzregistern verglichen werden, die voraussichtlich ähnliche Sterblichkeitsraten aufweisen. Für diesen Bericht wurden die mittleren MIR-Werte von vier Ländern (Frankreich, Italien, Österreich und Deutschland) als Referenz herangezogen. MIR-Werte in der Schweiz, die höher als erwartet sind, würden auf mögliche Erfassungsprobleme hinweisen.

[Link to table 2: mortality to incidence rate \(MIR\)](#)

#### Interpretation:

Die Schweizer MIR-Werte waren systematisch niedriger als die entsprechenden Werte für Frankreich, Italien, Österreich oder Deutschland. Dies spiegelt höchstwahrscheinlich die in der Schweiz beobachteten etwas besseren Überlebensraten wider [2]. Es gibt also keinen Hinweis auf eine vermeintliche Untererfassung von Diagnosen in der Schweiz. Lediglich die MIR für Harnblasenkrebs war in der Schweiz außergewöhnlich hoch (9,7 % höher als im Landesdurchschnitt). Dies ist darauf zurückzuführen, dass in der Schweiz, im Gegensatz zu den Vergleichsländern, unsichere/in-situ Blasenkrebsneubildungen, die wahrscheinlich nicht zum Tod führen, bei den Inzidenzraten nicht berücksichtigt werden. Auch der Vergleich zwischen den einzelnen Schweizer KKR ergab keine überdurchschnittlich hohen Werte. Es gibt also keinen Hinweis auf eine Untererfassung für die Diagnosen 2017 - 2021 als Ganzes.

### **A3. Anteil der Diagnosen, die ursprünglich auf der Grundlage einer Todesbescheinigung (Death Certificate Notification DCN) registriert wurden**

Dieser Indikator misst den Anteil der Registrierungen, die durch Todesbescheinigung ausgelöst wurden und somit zu Lebzeiten der Patientin oder des Patienten übersehen wurden. DCN-Anteile, die höher sind als erwartet, könnten auf eine mögliche Untererfassung von Diagnosen hinweisen [3]. Die Anteile der durch Todesbescheinigung gemeldeten Diagnosen (DCN) für die Diagnosejahre 2020-2021 wurden mit den Jahren 2014-2015, 2016-2017 und 2018-2019 verglichen.

[Link to table 3: DCN](#)

#### Interpretation:

Der Anteil der DCN-Fälle nahm im Laufe der Zeit für die meisten Krebsarten ab. Somit deutet die Analyse der DCN-Anteile auch auf ein abnehmendes Potenzial für eine Untererfassung von Fällen hin.

## **B. Qualitätsindikatoren (QI): Genauigkeit der registrierten Informationen**

Die Genauigkeit (oder Validität) der registrierten Krebsdaten bezieht sich auf die Übereinstimmung zwischen den registrierten Informationen und den in medizinischen Berichten dokumentierten Informationen. Die Genauigkeit hängt auch von der Präzision der Quelldokumente und dem Grad der Fachkenntnis bei der Zusammenfassung, Kodierung und Erfassung sowohl in der Klinik als auch im Register ab.

### **B1. Registrierungen nur mit Todesbescheinigung (Death Certificate Only DCO)**

Fälle, die nur mit den in der Todesbescheinigung verfügbaren Daten registriert werden, können nicht ganz genau sein. Der QI wurde für die Diagnosejahre 2020-2021 ermittelt und mit den Jahren 2014-2015, 2016-2017 und 2018-2019 verglichen. Die Schweizer Werte werden mit denen anderer Länder verglichen.

[Link to table 4: DCO](#)

#### Interpretation:

Der Anteil der DCO-Registrierungen nahm in den meisten Krebsregionen leicht ab, ohne jedoch statistisch signifikant zu sein. Die Schweizer DCO-Werte waren ähnlich wie die Werte in Italien, Spanien und dem Vereinigten Königreich, aber viel kleiner als die Werte in Deutschland. Auf der Grundlage der DCO-Analysen gibt es also keinen Hinweis auf Probleme mit der Datengenauigkeit.

### **B2. Diagnosen mit histologischer/zytologischer Sicherung (Microscopic Verification MV)**

Der Anteil der histologisch/zytologisch verifizierten Fälle gibt die Informationen mit der höchsten Validität an. Der QI wurde für die Diagnosejahre 2020-2021 ermittelt und mit den Jahren 2014-2015, 2016-2017 und 2018-2019 verglichen. Die Schweizer Werte werden mit anderen Ländern verglichen.

[Link to table 5: MV](#)

#### Interpretation:

Die Anteile der MV sind im Zeitraum 2014-2021 für die meisten Krebsarten hoch und haben sich im Laufe der Zeit nicht wesentlich verändert. Die Schweizer MV-Werte waren ähnlich wie die Werte in Deutschland, Italien, Spanien und dem Vereinigten Königreich für die meisten Krebsarten, ausser für Leber, Bauchspeicheldrüse, Lunge und Gehirn. Bei diesen Krebsarten waren die schweizerischen MV-Werte um mindestens 10 % höher. Dies könnte auf unterschiedliche Diagnosepraktiken oder auf eine Untererfassung von Diagnosen auf der Grundlage klinischer Methoden zurückzuführen sein. Letzteres ist unwahrscheinlich, da diese Krebsarten bei der Analyse der Vollzähligkeit nicht aufgefallen sind (siehe A1 bis A3). Es gibt also Hinweise darauf, dass die Diagnosegenauigkeit in der Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern höher sein könnte, zumindest für einige Krebsarten.

## C. Qualitätsindikator (QI): Vollständigkeit der Fälle

Diese Dimension der Datenqualität betrifft unbekannte und unvollständige Informationen über Krebsfälle. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass es sie nicht gibt, dass sie dem Register nicht gemeldet wurden oder dass sie vom Register nicht verarbeitet wurden.

### C1. Der Anteil der Fälle ohne spezifische Informationen

Die Verfügbarkeit spezifischer Informationen wurde für mehr als 100 Variablen des NCD und für den Inzidenzzeitraum 1980 - 2021 bewertet. Fehlende Informationen bedeuten, dass Codes für "unbekannt", "fehlend", "nicht angegeben" verwendet wurden oder dass kein Code eingetragen wurde (d. h. das Variablenfeld leer gelassen wurde). Fehlende Informationen bedeuten also, dass diese Informationen entweder überhaupt nicht existieren oder nicht an das Krebsregister gemeldet wurden. Die Daten für die Diagnosejahre < 2020 wurden erhoben, bevor das KRG und die Meldepflicht in Kraft traten. Diese Daten wurden aufgrund von kantonspezifischen Gesetzen, Datenerhebungspraktiken und -zielen erfasst. Die Vollständigkeit der Fälle wurde für national gepoolte Fälle und für die einzelnen KKR bewertet.

[Link to table 6: Case-Completeness\\_CH](#)

#### Interpretation:

Eine Datensammlung wird als hinreichend vollständig für die nationale Berichterstattung eingestuft, wobei die willkürliche Vollständigkeitsgrenze von 75 % der Fälle, die bestimmte Informationen liefern, zugrunde gelegt wird. Es werden nur Fälle einbezogen, bei denen die betreffenden Informationen mit hoher Wahrscheinlichkeit erwartet werden, was von Variable zu Variable unterschiedlich ist (siehe Blatt "Case definition" in table 6). Wir kategorisieren die Gesamtheit der Fälle über alle KKR und auch getrennt für jedes KKR als ausreichend vollständig oder nicht vollständig. Die Zahl der KKR stieg schrittweise von fünf im Jahr 1980 auf dreizehn im Jahr 2021. Mindestens drei KKR mit einer Fallvollständigkeit von  $\geq 75\%$  gelten als akzeptabel für die Schätzung der nationalen Trends.

| Variable Gruppierungen                      | Namen der Variablen<br>(Farbkodierung: siehe Text)  | Mindestens 3<br>KKRs $\geq 75\%$ | Alle Fälle gepoolt<br>$\geq 75\%$ | % Informationen<br>2021 (gepoolte<br>Fälle) |
|---|---|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| Informationen zur Person                    | Geschlecht, Geburtsdatum, Gemeinde zum Zeitpunkt der Diagnose, Staatsangehörigkeit, Vitalstatus - Follow-up | $\geq 1980$                      | $\geq 1980$                       | $\approx 100\%$                             |
|   | Pseudonymisierte AHV-Nummer   | $\geq 1987$                      | $\geq 1996$                       | $\approx 100\%$                             |
|   | Zivilstand  | $\geq 1981$                      | $\geq 1989$                       | 97 %  |
|   | Todesursache  | $\geq 1989$                      | $\geq 1999$                       | 96 %  |
|   | Geburtsort  | $\geq 1997$                      | $\geq 2010$                       | 98 %  |
| Diagnose (allgemeine Informationen)         | Datum der Meldung, Datum der Diagnose, DCN, Grundlage der Diagnose  | $\geq 1980$                      | $\geq 1980$                       | $\approx 100\%$                             |
|   | Verfahren zum Erstnachweis  | $\geq 1989$                      | $\geq 2020$                       | 86 %  |
| Diagnosen (Klassifikationen)                | ICD, ICD-O (Topographie, Morphologie, Verhalten)  | $\geq 1980$                      | $\geq 1980$                       | $\approx 100\%$                             |
|   | Lateralität   | $\geq 1984$                      | $\geq 1991$                       | 98 %  |
|   | ICD-O-Grad  | $\geq 2004$                      | $\geq 2020$                       | 75 %  |
|   | Elston/Ellis-Grading  | $\geq 1991$                      | $\geq 2020$                       | 92 %  |
|   | WHO (ZNS)-Gradingssystem  | $\geq 1993$                      | $\geq 2019$                       | 86 %  |
|   | WHO-Grading der Prostata  | $\geq 2017$                      | $\geq 2018$                       | 99 %  |
|   | Creasman-Gradingssystem   | $\geq 2017$                      | $\geq 2021$                       | 76 %  |
| Diagnose (UICC TNM-Stadieninformation)      | cT, cN, cM  | $\geq 1994$                      | $\geq 2020$                       | 71, 77, 94 %                                |
|   | pT, pN, pM  | ( $\geq 2016$ )                  | $\geq 2020$                       | 90, 70, 5 %                                 |
|   | TNM-Stadiengruppe (registriert)   | $\geq 2003$                      | $\geq 2016$                       | 89 %  |
|   | Regionäre Lymphknoten untersucht/betroffen  | $\geq 1999$                      | $\geq 2004$                       | 98 %  |
|   | Lymphgefäss -, Venen -, perineurale Invasion  | $\geq 2015$                      | $\geq 2019$                       | 95, 90, 84 %                                |
|   | Pathologische Tumorgroße  | $\geq 2017$                      | -                                 | 65 %  |
|   | Assoziierter In-situ-Tumor  | $\geq 2013$                      | -                                 | 19 %  |
|   | Topographie der Metastasen  | $\geq 2004$                      | $\geq 2013$                       | 97 %  |
| Diagnose (andere Informationen zum Stadium) | FIGO-Klassifikation   | $\geq 2003$                      | $\geq 2020$                       | 87 %  |
|   | Ann Arbor/Lugano-Klassifikation   | $\geq 2006$                      | -                                 | 70 %  |
|   | Rai/Binet-Klassifikation  | $\geq 2017$                      | -                                 | 57 %  |
|   | ISS-Klassifikation/DSSplus  | -                                | -                                 | 46 %  |
| Prognostische Faktoren für Brustkrebs       | ER, PR, HER-2   | $\geq 2003$                      | $\geq 2011$                       | 98 %  |
|   | TPL   | $\geq 2010$                      | $\geq 2016$                       | 96 %  |
| Prognostische Faktoren für Prostatakrebs    | PSA   | $\geq 1998$                      | $\geq 2016$                       | 94 %  |
|   | Gleason-Score   | $\geq 2001$                      | $\geq 2009$                       | 100 %                                       |



|  |  |        |        |          |
|--|--|--------|--------|----------|
| Prognostische Faktoren für Melanome              | Tumordicke nach Breslow  | ≥ 1980 | ≥ 1987 | 97 %     |
| Prognostische Faktoren für kolorektales Karzinom | Mikrosatelliteninstabilität  | ≥ 2018 | -      | 74 %     |
|  | Zirkumferentieller Resektionsrand  | ≥ 2020 | -      | 62 %     |
| Prognostische Faktoren für Hodenkrebs            | α-FP, β-hCG, LDH, STM  | ≥ 2020 | ≥ 2021 | 72-76 %  |
| Prognostische Faktoren für Kopf- und Halskrebs   | HPV/p16  | ≥ 2019 | ≥ 2020 | 87 %     |
|  | EBV  | -      | -      | 50 %     |
| Behandlungsbezogene prognostische Faktoren       | Residuales In-situ-Karzinom  | ≥ 2011 | -      | 74 %     |
|  | Beurteilung Sentinel-Lymphknoten   | -      | -      | 54 %     |
|  | Resektionsränder invasiver, in-situ Tumor  | -      | -      | 55, 54 % |
| Komplexe Informationen zur Erstbehandlung        | Grundlage des Behandlungsentscheids  | ≥ 2019 | -      | 75 %     |
|  | Behandlungskomponente (mindestens eine)  | ≥ 1984 | ≥ 2016 | 91 %     |
|  | Behandlungskomponenten (mindestens zwei oder mehr)   | ≥ 2021 | -      | 49 %     |
| Informationen über den Krankheitsverlauf         | Art des/der Ereignisse(s), Datum   | ≥ 2003 | ≥ 2005 | 11 %     |
| Ergänzende Informationen                         | Genetische Prädispositionen  | -      | -      | 11 %     |
|  | Komorbiditäten (Diabetes, Lebererkrankungen, HIV/AIDS, chronische Nierenerkrankungen usw.) | -      | -      | < 10 %   |
|  | Charlson-Index   | -      | -      | 18 %     |

**Tabelle 7.** Angabe der Diagnosejahre, seit wann die Daten für das nationale Krebsmonitoring verfügbar sind.

[Abkürzungen: ER: Östrogenrezeptor; PR: Progesteronrezeptor; HER-2: HER-2-Rezeptor; TPL: Tumor Proliferation Labeling; PSA: Prostata-spezifisches Antigen; α-FP: α-Fetoprotein; β-hCG: humanes Choriongonadotropin; LDH: Laktatdehydrogenase; STM: Serumentummarker; HPV/P16: humanes Papillomavirus; EBV: Epstein-Barr-Virus].

Die nationalen Daten zum Krebsmonitoring der Inzidenz, des Überlebens und der Prävalenz beruhen auf einer hinreichend vollständigen Erfassung seit den Diagnosen von 1980 (grün schattierte Variablen).

Eine zusätzliche Stratifizierung von Inzidenz und Überleben nach TNM-, FIGO- oder Ann Arbor/Lugano-Stadium und ICD-O-, Elston/Ellis- oder WHO (ZNS)-Grading ist seit ca. 2000 möglich, d. h. die nationalen Schätzungen können auf Daten aus mindestens drei KKR beruhen (blau schattierte Variablen). Die Verfügbarkeit dieser Informationen (z. B. TNM-Stadium) kann je nach Krebsart unterschiedlich sein. Die Vollständigkeit der Fälle für Elston/Ellis, WHO (ZNS) und Creasman-Grading war in den KKR vor und einschließlich 2021 sehr heterogen. Dies ist zum Teil auf die falsche Anwendung dieser Klassifikationssysteme als ICD-O-Grading zurückzuführen.

Prognostische Faktoren für Brust- oder Prostatakrebs gibt es seit Anfang der 2000er Jahre, die Tumordicke nach Breslow als prognostischer Faktor für Melanome bereits seit 1980 (hellrot schattierte Variablen).

Seit 1984 liegen nur begrenzte Informationen über Behandlungen im Rahmen des Erstbehandlungskomplexes vor (hellgrau schattierte Variable).

Die meisten anderen Arten von Informationen, die mit der Einführung des KRG meldepflichtig wurden, sind erst seit den Diagnosen des Jahres 2020 verfügbar, wobei in den meisten Fällen der Schwellenwert erreicht oder überschritten wurde (%-Zahlen in der rechten Spalte für das Diagnosejahr 2021).

Nur wenige Informationen über Komorbiditäten bei Krebspatientinnen und -patienten sind in die KKR eingegangen, und zwar als Teil der Variablen, die als Zusatzinformationen gruppiert sind, selbst für 2021 (dunkelgrau schattierte Variable). Die Vollständigkeit der Fälle kann also noch durch Verbesserungen bei der Meldung und Registrierung erhöht werden.

## **D. Qualitätsindikator (QI): Vergleichbarkeit**

Die Vergleichbarkeit wird durch die Einhaltung der nationalen und internationalen Richtlinien für die Krebsregistrierung und die Standardisierung der Verfahren zwischen den KKR erreicht. Dies führt zu vergleichbaren Daten innerhalb jeder KKR-Gruppe im Zeitverlauf und zwischen verschiedenen KKR-Gruppen. Aufgrund der großen Anzahl von Variablen des NCD beleuchtet jede jährliche Aktualisierung des aDQR einen anderen Aspekt der Datenvergleichbarkeit.

### **D1. Heterogenität zwischen den Schweizer Krebsregistern bei der Kodierung des Verfahrens, das zur Entdeckung des Krebses führt**

Die Variable "Verfahren zum Erstdiagnose" unterscheidet zwischen klinischen Symptomen, zufälliger Entdeckung, organisiertem Screening, opportunistischem Screening, Selbstuntersuchung und Tod mit/ohne Autopsie als mögliche Methoden, die zur Entdeckung von Krebs führen. Auf internationaler Ebene ist man sich bewusst, dass der Mangel an Leitlinien für diese Informationen zu heterogenen Kodierungspraktiken zwischen den Krebsregistern führen kann [4].

[Link to table 7: Method of 1<sup>st</sup> detection](#)

#### **Interpretation:**

Der Vergleich der Kodierungspraxis nach Krebsregistern beschränkte sich auf den relativ homogenen Fallmix von Lungenkrebs, der im Stadium IV diagnostiziert wurde (d.h. mit Fernmetastasen). Lungenkrebs wurde ausgewählt, weil er als eine der häufigsten Krebsarten eine ausreichende Anzahl von Fällen liefert und nicht von kantonal organisierten Screening-Programmen betroffen ist, was zu einer grossen Heterogenität im Verfahren zum Erstdiagnose führen würde. Es ist daher unwahrscheinlich, dass die großen Unterschiede zwischen den Krebsregistern durch tatsächliche Unterschiede erklärt werden können, sondern eher durch eine unterschiedliche Interpretation der verfügbaren Informationen über das Verfahren zum Erstdiagnose.

Drei Methoden des Verfahrens zum Erstdiagnose dominieren: klinische Symptome, zufällige Entdeckung und opportunistisches Screening. Für die Inzidenzjahre 2020-2021 reichte die Spanne der klinischen Symptome von 48% bis 97% (Schweizer Durchschnitt 80%), für die zufällige Entdeckung von 2% bis 49% (Schweizer Durchschnitt 16%) und für das opportunistische Screening von 0% bis 7,2% (Schweizer Durchschnitt 3,3%). In einer kürzlich durchgeführten landesweiten Registerstudie in Spanien hatten 27,7 % der Patienten mit Lungenkrebs im Stadium IV zum Zeitpunkt der Diagnose keine Symptome; in der Schweiz liegt der nationale Durchschnitt für 2020-2021 bei 20 % [5].

Obwohl der nationale Durchschnitt mit den Ergebnissen einer internationalen Studie vergleichbar ist, ist die Heterogenität zwischen den Registern recht gross. Dies ist höchstwahrscheinlich auf die Tatsache zurückzuführen, dass klinische Daten über das Verfahren, das zur Diagnose führt, unterschiedlich gemeldet und interpretiert werden. Nicht überlappende 99%-Konfidenzgrenzen zwischen Krebsregistern und dem Schweizer Durchschnitt wurden jedoch nur selten gefunden. Die Harmonisierung der Registrierung des Verfahrens, das zur Diagnose führt, wird im Jahr 2025 mit den Krebsregistern angegangen.

## **E. Qualitätsindikator (QI): Aktualität**

Um zur Entwicklung und Optimierung des Gesundheitswesens beizutragen, müssen die veröffentlichten Krebsinformationen ausreichend aktuell sein. Die Aktualität entspricht dem Zeitintervall zwischen der Diagnose und dem Datum, an dem der Fall in die Krebsstatistik aufgenommen wird. Dieses Zeitintervall gliedert sich in verschiedene Teile: (1) vom Bekanntwerden der Information bis zur Meldung an das Krebsregister, (2) von der Erfassung in der Registerdatenbank bis zum Abschluss der Qualitätskontrollen auf Registerebene, (3) von der Übermittlung an die NKRS bis zur Fertigstellung des NCD und dem Datum der Veröffentlichung des ersten statistischen Berichts.

Derzeit beträgt das Gesamtintervall etwa 3 Jahre, was nachweislich bei den meisten Krebsarten eine mindestens 90%-ige Vollständigkeit der Fallfassung ermöglicht [6]. Das Potenzial für eine Verkürzung dieses Intervalls wurde untersucht, indem der erste Schritt, d. h. die Zeit von der Diagnose bis zur Erfassung des Falls in der Registerdatenbank, analysiert wurde. Der QI wurde für die Diagnosejahre 2020-2021 ermittelt und mit den Jahren 2014-2015, 2016-2017 und 2018-2019 verglichen.

[Link to table 8: Timeliness](#)

### **Interpretation:**

Das maximale Zeitintervall zwischen der Diagnose und der Erfassung des Falles in der Datenbank des Krebsregisters betrug für die meisten Diagnosen in der Schweizer Bevölkerung in den Jahren 2014-2015 je nach Krebsart etwas mehr als 2 Jahre (Spanne: 1,9 bis 2,3 Jahre). Dieses Intervall verringerte sich in den folgenden Jahren und sank für die jüngsten Diagnosen (2020-2021) je nach Krebsart drastisch auf etwa 1 Jahr (Spanne: 0,6 bis 1,6 Jahre). Die beobachtete Beschleunigung hängt höchstwahrscheinlich mit der Einführung des KRG ab 1.1.2020 zusammen, entweder durch eine schnellere Meldung neuer Diagnosen an die Register oder durch eine frühere Einleitung des Registrierungsverfahrens für bekannte Diagnosen oder beides. Es scheint möglich, dass Krebsstatistiken, insbesondere Inzidenzraten, für die Basisinformationen über Krebs und Patientinnen und Patienten erforderlich sind, im Vergleich zur Vergangenheit bald mindestens sechs Monate früher zur Verfügung stehen könnten. Mögliche Konflikte zwischen der Aktualität der Daten und anderen Aspekten der Datenqualität, vor allem der Vollständigkeit der Fälle, müssen jedoch sorgfältig geprüft werden.

## Herausgeber

Nationale Krebsregistrierungsstelle ([www.nkrs.ch](http://www.nkrs.ch))

## Referenzen

1. Statistik der Todesursachen und Totgeburten (eCOD) in der Schweiz. [Link zum Bundesamt für Statistik](#)
2. Krebs in der Schweiz 2021. [www.krebs.bfs.admin.ch](http://www.krebs.bfs.admin.ch) ISBN: 978-3-303-14333-9.  
[Link zur Publikation](#)
3. Parkin DM, Bray F (2009). Bewertung der Datenqualität in Krebsregistern: Principles and methods Part II. Eur J Cancer 45, 756-64.
4. Doehn et al. Die Krebsregistermeldung aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Uro-Onkologie (d-uo). Aktuelle Urol 2023; 54(3): 189-195. [Link zur Publikation](#)
6. Ruano-Raviña et al. Lung cancer symptoms at diagnosis: results of a nationwide registry study. ESMO Open 2020; 5(6): 1-7
5. Lorez et al. Evaluation der Vollständigkeit der Fallerfassung in der Schweizer Krebsregistrierung. EJCP 2017; 26, 139-146.

## Danksagung

Die Nationale Krebsregistrierungsstelle dankt allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der kantonalen Krebsregister, die die Rohdaten für diese Analysen zur Verfügung gestellt haben.

## Über uns

Die Nationale Krebsregistrierungsstelle (NKRS) ist eine nationale Organisation, die für die Festlegung der Standards für die Krebsregistrierung zuständig ist und in der die Daten über alle in der Schweiz auftretenden Krebserkrankungen zusammengestellt werden. Die Agentur überprüft die Qualität der Daten und meldet sie an die Krebsregister zurück. Die NKRS ist gemeinsam mit dem Bundesamt für Statistik und dem Schweizerischen Kinderkrebsregister für die Gesundheitsberichterstattung auf nationaler Ebene zuständig. Die NKRS übermittelt dem Bundesamt für Statistik die für das nationale Krebsmonitoring erforderlichen Daten. Die Stiftung "Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung (NICER)" ist im Auftrag des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) mit den Aufgaben der Nationalen Krebsregistrierungsstelle (NKRS) beauftragt.

## Originalsprache

Englisch

## Kontakt

Bei Fragen zu diesen Daten wenden Sie sich bitte an:

Nationale Krebsregistrierungsstelle (NKRS)

geführt von: Stiftung Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung (NICER)

Hirschengraben 82

8001 Zürich

Tel.: 044 634 53 74

E-Mail: [info@nkrs.ch](mailto:info@nkrs.ch)

## Rückmeldungen

Wir freuen uns über Rückmeldungen von Nutzern zu Inhalt, Format und Relevanz dieser Mitteilung. Bitte senden Sie Ihr Feedback an die oben genannte Post- oder E-Mail-Adresse.

## Urheberrecht

© 2024, Foundation National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER)

Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Angabe der Quelle gestattet.