

# MELDUNGSÜBERSICHT 2024

Auswertung zum Stand  
Ihrer Meldungen

## 1 Datengrundlage

In den folgenden Auswertungen wurden alle Meldungen berücksichtigt, die sich zum Zeitpunkt des Datenbankstandes<sup>1</sup> in der Datenbank der Registerstelle befunden haben.

Nicht Bestandteil der Auswertung sind Meldungen,

1. die sich zum Zeitpunkt der Datenbankabfrage noch zur Prüfung in der Abteilung Vertrauensstelle befunden haben.
2. die direkt nach der Übermittlung automatisch von der weiteren Bearbeitung im Register ausgeschlossen wurden.  
Diese automatisch ausgeschlossenen Meldungen sind Duplikate<sup>2</sup>, Meldungen zu nicht meldepflichtigen Diagnosen<sup>3</sup>, nicht meldepflichtige Ereignisse zu C44 und D04<sup>4</sup> oder Meldungen mit einem Leistungsdatum bis zum 31.03.2016<sup>5</sup>.
3. die bereits in 2023 nach dem Schema des neuen onkologischen Basisdatensatzes (oBDS 3.0) an das Landeskrebsregister (LKR) NRW übermittelt wurden. Diese Meldungen wurden aktuell nicht berücksichtigt.

Es ist daher möglich, dass die Zahl Ihrer tatsächlich an das LKR NRW übermittelten Meldungen nicht in jedem Fall mit der Zahl der in der Auswertung berücksichtigten Meldungen übereinstimmt.

**Tabelle 1: Datengrundlage**

Datenbankstand: 28.02.2024

	Meldungseingangsdatum	
	01.01.22 - 31.12.22	01.01.23 - 31.12.23
	Anzahl	Anzahl
Anzahl aller Meldungsinhalte aus Ihrer Einrichtung <sup>6,7</sup>	1.547.090	1.869.665
Anzahl automatisch ausgeschlossener Meldungsinhalte	237.334	250.156
Anzahl in der MÜS berücksichtigter Meldungsinhalte	1.308.053	1.478.653
<b>Anzahl in der MÜS berücksichtigter Meldungen<sup>6</sup></b>	<b>1.155.906</b>	<b>1.328.969</b>

<sup>1</sup> Der Datenbankstand bezieht sich auf den Tag, an dem ein Auszug aus der Datenbank erstellt wurde.

<sup>2</sup> Duplikate sind Meldungen mit gleichem Inhalt, die mehrfach an das LKR NRW übermittelt wurden.

<sup>3</sup> § 65c Abs. 1 SGB V definiert, welche Diagnosen meldepflichtig sind und vergütet werden [zzgl. § 27 Abs. 3 Landeskrebsregistergesetz (LKR NRW)]. Eine Liste der meldepflichtigen Diagnosen finden Sie unter: <https://www.landeskrebsregister.nrw/melder/krebsregistrierung-inhalte-der-meldung/meldepflicht/>

<sup>4</sup> Bei nicht-melanotischen bösartigen Neubildungen der Haut (C44.-) und deren Frühformen (D04.-) waren bis zum 31.12.2022 nur Erstdiagnosen, auffällige Nachsorgeuntersuchungen (Rezidiv, Metastase, Progress) und der Tod meldepflichtig. Seit dem 01.01.2023 gibt es eine Anpassung der Meldepflicht, die für prognostisch ungünstige C44.- auch Therapien und unauffällige Nachsorgeuntersuchungen einschließt.

<sup>5</sup> Da die klinische Krebsregistrierung in NRW mit Wirksamkeit des LKR NRW zum 01.04.2016 begonnen hat, können Meldungen vom LKR NRW nur dann mit den Kostenträgern abgerechnet werden, wenn das Leistungsdatum nicht älter als dieser Stichtag ist.

<sup>6</sup> Das LKR NRW unterscheidet in der Zählung zwischen ‚Meldungen‘ und ‚Meldungsinhalten‘. In einer Meldung können sich aktuell noch mehrere Meldungsinhalte befinden, sodass die Anzahl der Meldungen geringer sein kann als die Anzahl der Meldungsinhalte. Ab Version 3.0.0 des einheitlichen onkologischen Basisdatensatzes (oBDS) wird diese Unterscheidung nicht mehr notwendig sein, da sich in einer Meldung nur noch ein Meldungsinhalt (Dokumententyp) befinden kann.

<sup>7</sup> Anzahl aller Meldungsinhalte, die aus Ihrer Einrichtung übermittelt wurden, unabhängig vom Bearbeitungs- und Vergütungsstatus.

## 2 Anzahl Ihrer Meldungen

Für jede Einrichtung existiert eine Haupt-MSID, unter der mehrere Abteilungen mit eigenen MSIDs angelegt sein können. Meldungen können sowohl über die Haupt-MSID als auch über die Abteilungs-MSIDs übermittelt werden. Für Praxen und Pathologien gibt es im Regelfall nur eine MSID.

Aus verschiedenen Gründen (Umstrukturierung innerhalb Ihrer Einrichtung, Wechsel der Meldesoftware) kann es dazu kommen, dass Ihre Einrichtung(sabteilung) eine neue MSID erhält. Dadurch ist es möglich, dass die Zahl der tatsächlich übermittelten Meldungen nicht mit der in [Tabelle 2](#) übereinstimmt, da nur Meldungen in die Auswertung eingeschlossen wurden, die zum Zeitpunkt des Datenbankstands für die aktuell gültigen MSIDs vorlagen.

[Tabelle 2](#) zeigt, wie viele Meldungen aus Ihrer Einrichtung zu den einzelnen MSIDs vorliegen.

**Tabelle 2: Anzahl Ihrer Meldungen**

Bezeichnung	MSID	Meldungseingangsdatum	
		01.01.22 - 31.12.22	01.01.23 - 31.12.23
		Anzahl	Anzahl
...	XXXXXX	874.074	1.013.291
Abteilung XXX	000000	42.197	25.479
Abteilung XXX	111111	38.442	88.816
Abteilung XXX	222222	5.858	23.855
Abteilung XXX	333333	39.211	45.643
Abteilung XXX	444444	16.475	11.323
Abteilung XXX	555555	20.174	14.251
Abteilung XXX	666666	54.596	26.561
Abteilung XXX	777777	18.536	19.493
Abteilung XXX	888888	17.540	20.789
Abteilung XXX	999999	28.803	39.468
<b>Summe</b>		<b>1.155.906</b>	<b>1.328.969</b>

### 3 Ihre Meldedauer

Laut dem LKRG NRW § 15 (Fn 6) ist eine Meldung innerhalb von sechs Wochen an das LKR NRW zu übermitteln, gerechnet ab dem Zeitpunkt, an dem der meldepflichtigen Person der meldepflichtige Sachverhalt (gemäß Leistungsdatum) bekannt geworden ist.

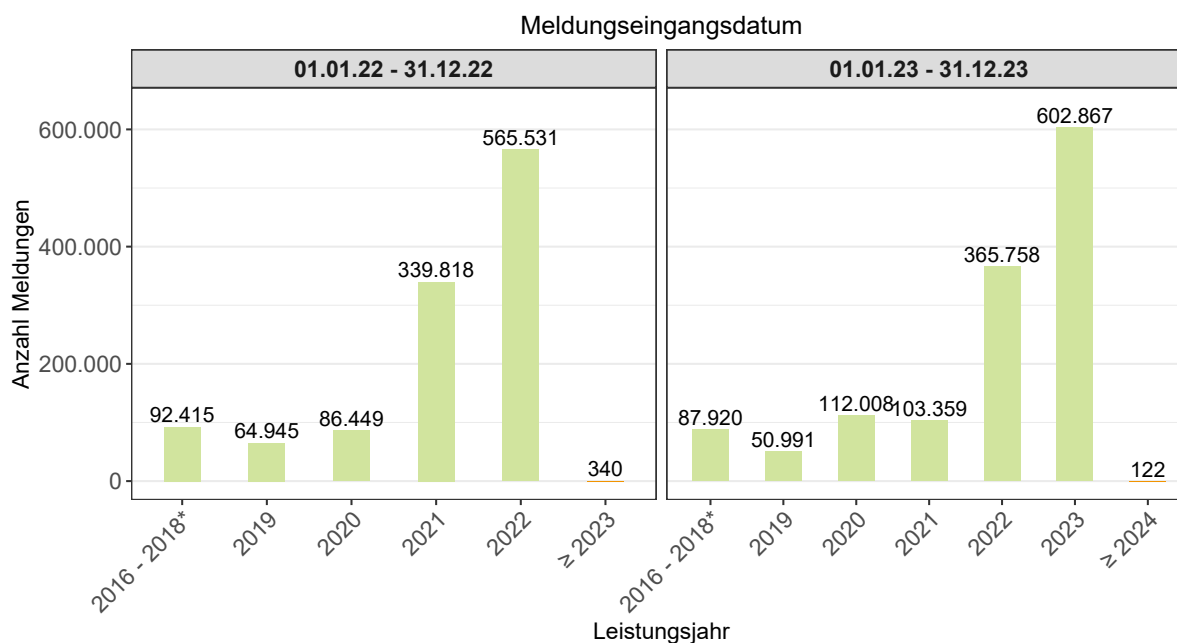
Abbildung 1 zeigt, auf welche Leistungsjahre sich Ihre Meldungen aus den ausgewerteten Meldezeiträumen beziehen.

**Für Ihre Einrichtung wurde die folgende mediane Differenz zwischen Leistungs- und Meldungseingangsdaten bestimmt:**

**2022: 147 Tage (Minimum = 0 Tage, Maximum = 2.459 Tage).**

**2023: 186 Tage (Minimum = 0 Tage, Maximum = 2.825 Tage).**

**Abbildung 1: Anzahl Ihrer Meldungen in Meldezeiträumen pro Leistungsjahr<sup>8</sup>**



### 4 Bearbeitungsstatus Ihrer Meldungen

Nach der Übermittlung Ihrer Meldungen an das LKR NRW werden diese geprüft und bei entsprechender Eignung zur finalen Vergütungsentscheidung bei den Kostenträgern eingereicht. Ein vereinfachter Ablauf zur Meldungsverarbeitung kann der [Abbildung 3 \(Seite 18\)](#) entnommen werden.

[Tabelle 3](#) zeigt die Anzahl Ihrer Meldungen aus [Tabelle 2](#) in Abhängigkeit vom Bearbeitungsstatus.

\* 01.04.2016 - 31.12.2018.

<sup>8</sup> Meldungen, bei denen bisher kein Leistungsdatum bestimmt werden konnte, sind nicht aufgeführt.

**Tabelle 3: Bearbeitungsstatus Ihrer Meldungen**

		Meldungseingangsdatum			
		01.01.22 - 31.12.22		01.01.23 - 31.12.23	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
3.1	Bearbeitung abgeschlossen <sup>9</sup>	1.119.519	96,9 %	1.244.840	93,7 %
3.2	Bearbeitung offen <sup>10</sup>	36.387	3,1 %	84.129	6,3 %
<b>Summe</b>		<b>1.155.906</b>	<b>100 %</b>	<b>1.328.969</b>	<b>100 %</b>

<sup>9</sup> Meldungen haben die interne Bearbeitung durchlaufen und liegen der Abteilung Vertrauensstelle zur Einreichung bei den Kostenträgern vor bzw. wurden bereits vergütet.

<sup>10</sup>Meldungen warten auf interne Bearbeitung und Beurteilung der Vergütungsfähigkeit.

## 5 Ergebnis der Vergütungsprüfung Ihrer Meldungen

Nur zu bereits abschließend bearbeiteten Meldungen können Aussagen über die Vergütungsfähigkeit getroffen werden.

**Tabelle 4** bezieht sich daher auf die Anzahl der Meldungen aus Zeile 3.1, **Tabelle 3** („*Be-  
arbeitung abgeschlossen*“).

Weitere Informationen zur Vergütungsprüfung und zur Vergütungsfähigkeit finden Sie auf unserer Homepage unter: <https://www.landeskrebsregister.nrw/melder/abrechnung/>.

Sie möchten für Ihre Meldungen aus dem Meldejahr 2023 (Meldungseingangsdatum), welche noch nicht nach dem Schema des neuen onkologischen Basisdatensatzes (oBDS 3.0) an das Landeskrebsregister (LKR) NRW übermittelt wurden, die jeweilige Vergütungsentscheidung und den Abrechnungsstatus erfahren?

Dann wenden Sie sich bitte unter Angabe Ihrer MSID per E-Mail an den Fachbereich Abrechnungsstelle: [auszahlung@krebsregister.nrw.de](mailto:auszahlung@krebsregister.nrw.de).

### Wichtig

Wir möchten darauf hinweisen, dass Meldungskorrekturen derzeit technisch nicht möglich sind. Eine Lösung ist in Arbeit. Bis zu deren Umsetzung werden somit ursprüngliche und neue, korrigierte Meldungen gleichwertig betrachtet und in den Auswertungen der MÜS entsprechend berücksichtigt.

**Tabelle 4: Ergebnis der Vergütungsprüfung Ihrer bearbeiteten Meldungen (siehe Zeile 3.1)**

		Meldungseingangsdatum			
		01.01.22 - 31.12.22		01.01.23 - 31.12.23	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
4.1	Vergütungsfähige Meldungen <sup>11</sup>	662.944	59,2 %	774.356	62,2 %
4.2	Nicht vergütungsfähige Meldungen <sup>12</sup> (Erläuterungen siehe <a href="#">Tabelle 5</a> )	456.575	40,8 %	470.484	37,8 %
<b>Summe</b>		<b>1.119.519</b>	<b>100 %</b>	<b>1.244.840</b>	<b>100 %</b>

<sup>11</sup>Vergütungsfähig ist eine Meldung gem. § 65c SGB V oder der Satzung des LKR NRW. Diese Meldungen werden den Kostenträgern zur Vergütungsentscheidung vorgelegt.

<sup>12</sup>Meldungen ohne inhaltliche Vergütungsfähigkeit werden nicht bei den Kostenträgern zur Vergütungsentscheidung vorgelegt.

## 6 Ablehnungsgründe nicht vergütungsfähiger Meldungen

Tabelle 5 zeigt die Gründe, weshalb Ihre Meldungen nicht bei den Kostenträgern zur Vergütungsentscheidung vorgelegt werden können und bezieht sich auf die Anzahl der Meldungen aus Zeile 4.2, Tabelle 4 („Nicht vergütungsfähige Meldungen“).

Eine Meldung kann mehr als einen Ablehnungsgrund haben. Sie kann z. B. sowohl unvollständig sein als auch eine bereits vergütete Leistung betreffen.

Ausführliche Erläuterungen zu den einzelnen Ablehnungsgründen finden Sie ab Seite 19.

**Tabelle 5: Ablehnungsgründe nicht vergütungsfähiger Meldungen (siehe Zeile 4.2)**

Ablehnungsgrund (alphabetisch)	Meldungseingangsdatum			
	01.01.22 - 31.12.22		01.01.23 - 31.12.23	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Leistung bereits vergütet	133.177	29,2 %	125.423	26,7 %
Leistungsdatum nach Meldungseingangsdatum	1.100	0,2 %	987	0,2 %
Leistungsdatum vor Diagnosedatum	2.567	0,6 %	3.904	0,8 %
Meldeanlass passt nicht zum Inhalt	67.728	14,8 %	67.596	14,4 %
Statusmeldung zu lange nach dem Diagnosedatum	21.113	4,6 %	24.400	5,2 %
Überzählige Statusmeldung	35.333	7,7 %	36.306	7,7 %
Unvollständig	55.106	12,1 %	50.383	10,7 %

## 7 Datenqualität Ihrer Meldungsinhalte

### Bitte beachten Sie:

Um Ihnen einen Überblick über Ihre Datenqualität geben zu können, beziehen sich die folgenden Auswertungen auf die Meldungsinhalte. Daher können die Zahlen in den nachfolgenden Analysen von denen der vorherigen Kapitel abweichen. Dies begründet sich darin, dass aktuell noch mehrere Inhalte in einer Meldung übermittelt werden können (z. B. kann eine Meldung zur systemischen Therapie auch eine Information zum Verlauf beinhalten). Ab der Umstellung auf den oBDS 3.0.0 wird sich in einer Meldung jeweils nur ein Inhalt befinden können.

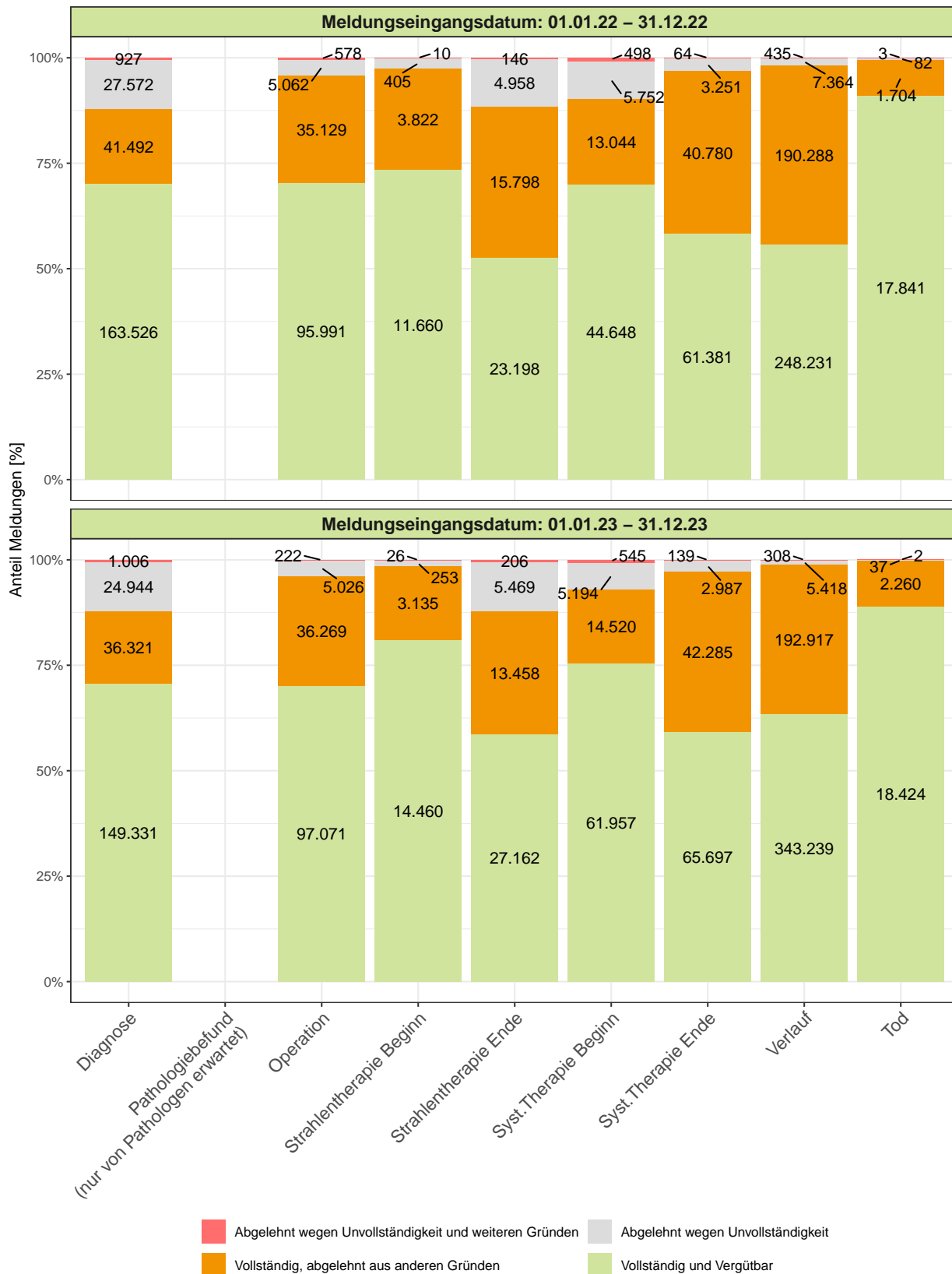
[Abbildung 2](#) zeigt die Vergütbarkeit der Meldungsinhalte innerhalb der jeweiligen Inhaltskategorie. Der Vergütbarkeitsstatus ist: ‚Vollständig und Vergütbar‘, ‚Vollständig, aus anderen Gründen abgelehnt‘, ‚Abgelehnt wegen Unvollständigkeit‘ (unvollständig im Sinne der Vergütungsfähigkeit), ‚Abgelehnt wegen Unvollständigkeit und weiteren Gründen‘ (siehe [Tabelle 5](#)).

Bitte beachten Sie, dass in der [Abbildung](#) alle möglichen Inhaltskategorien abgebildet werden, unabhängig davon, ob wir von Ihnen Meldungen zu dieser Kategorie erwarten oder erhalten haben.

Sind Meldungsinhalte unvollständig, so können Sie im [Kapitel 8](#) einsehen, welche vergütungsrelevanten Inhalte in den übermittelten Meldungsinhalten gefehlt haben.



Abbildung 2: Datenqualität Ihrer Meldungsinhalte



## 8 Gründe für Unvollständigkeit Ihrer Meldungsinhalte

Meldungen sind unvollständig, wenn vergütungsrelevante Inhalte nicht vorhanden oder ungültig sind.

Nachfolgend ist eine Übersicht über fehlende vergütungsrelevante Inhalte pro gemeldeter Inhaltskategorie aus [Abbildung 2](#) dargestellt.

### Wichtige Hinweise:

1. Betrachtet werden hier Meldungsinhalte, die bei der Prüfung der Vergütbarkeit als *unvollständig* gekennzeichnet wurden. Darunter sind auch unvollständige Meldungen, die gleichzeitig aus anderen Gründen als nicht vergütungsfähig gekennzeichnet wurden, z. B. Meldungen mit einem Leistungsdatum vor Diagnosedatum. Das ‚N‘ gibt daher jeweils die Anzahl der im ausgewiesenen Zeitraum übermittelten unvollständigen Meldungsinhalte in der genannten Inhaltskategorie an.
2. In einer Meldung kann mehr als ein vergütungsrelevanter Inhalt fehlen, daher ergibt die Summe aller fehlenden Inhalte in einer Inhaltskategorie (z. B. Diagnose) nicht zwangsläufig die Anzahl der übermittelten Meldungsinhalte.
3. Die Spalte ‚Top ICD-10‘ ist nur bei einigen Feldern aufgeführt und zeigt Ihnen die häufigsten Diagnosen, bei denen eine fehlende TNM-Angabe, ungültige oder fehlende Seitenangabe, ungültiger oder fehlender OPS-Kode bzw. ein fehlender Residualstatus zutreffen. Die Angabe ist auf maximal fünf Diagnosen begrenzt, sodass die Summe der Top 5 ICD-10-Angaben nicht die Summe aller Meldungsinhalte mit dem jeweiligen Fehler ergibt.

Zu einigen der fehlenden Angaben finden Sie ausführliche Erläuterungen in [Kapitel 10](#).

**Tabelle 6: Fehlende Angaben - Diagnose**

	Meldungseingangsdatum			
	01.01.22 - 31.12.22		01.01.23 - 31.12.23	
	von N = 28.499 Anzahl / Anteil	Top ICD-10	von N = 25.950 Anzahl / Anteil	Top ICD-10
Fehlende Diagnosesicherung	1.961 / 6,9 %	-	4.215 / 16,2 %	-
Fehlende oder ungültige TNM-Angabe	21.172 / 74,3 %	C43.5 (n = 139) C43.6 (n = 126) C43.7 (n = 125) C61 (n = 104) C50.4 (n = 100)	14.172 / 54,6 %	C61 (n = 141) C43.5 (n = 113) C43.6 (n = 101) C43.7 (n = 93) C50.4 (n = 86)
Fehlende Seitenangabe	47 / 0,2 %	C34.1 (n = 10) C34.9 (n = 6) C34.3 (n = 5) C50.9 (n = 4) C44.7 (n = 3)	42 / 0,2 %	C34.1 (n = 11) C34.3 (n = 5) C34.9 (n = 3) C56 (n = 2) C50.5 (n = 2)
Fehlender Diagnosetext	7.826 / 27,5 %	-	11.890 / 45,8 %	-
Fehlender Topographie-Kode	7.826 / 27,5 %	-	11.890 / 45,8 %	-
Ungültige Seitenangabe	808 / 2,8 %	C44.6 (n = 46) C44.2 (n = 42) C44.7 (n = 32) C34.9 (n = 31) C44.1 (n = 22)	723 / 2,8 %	C44.6 (n = 38) C44.7 (n = 35) C44.2 (n = 34) C44.1 (n = 24) C34.9 (n = 14)

**Tabelle 7: Fehlende Angaben - Operation (OP)**

	Meldungseingangsdatum			
	01.01.22 - 31.12.22		01.01.23 - 31.12.23	
	von N = 5.640 Anzahl / Anteil	Top ICD-10	von N = 5.248 Anzahl / Anteil	Top ICD-10
Fehlende Intention der OP	209 / 3,7 %	-	68 / 1,3 %	-
Fehlender lokaler Residualstatus	1.586 / 28,1 %	C20 (n = 29) C18.7 (n = 21) C50.4 (n = 17) C56 (n = 17) C18.2 (n = 16)	1.200 / 22,9 %	C20 (n = 20) C43.5 (n = 19) C56 (n = 17) C18.7 (n = 15) C54.1 (n = 14)
Fehlender OPS-Kode	1.221 / 21,6 %	C20 (n = 25) C61 (n = 17) C18.2 (n = 16) C18.7 (n = 14) C50.4 (n = 13)	1.852 / 35,3 %	C61 (n = 25) C20 (n = 22) C18.7 (n = 13) C50.4 (n = 13) C18.0 (n = 12)
Ungültige Seitenangabe	16 / 0,3 %	C09.9 (n = 1) C30.0 (n = 1) C34.3 (n = 1) C34.8 (n = 1) C43.6 (n = 1)	7 / 0,1 %	C09.9 (n = 1) C30.0 (n = 1) C34.8 (n = 1) C43.7 (n = 1) C57.9 (n = 1)
Ungültiger OPS-Kode	2.833 / 50,2 %	C20 (n = 21) C18.7 (n = 16) C61 (n = 15) C56 (n = 14) C54.1 (n = 13)	2.196 / 41,8 %	C20 (n = 25) C56 (n = 20) C22.0 (n = 18) D09.0 (n = 17) C54.1 (n = 16)

**Tabelle 8: Fehlende Angaben - Strahlentherapie**

	Meldungseingangsdatum			
	01.01.22 - 31.12.22		01.01.23 - 31.12.23	
	von N = 5.519 Anzahl / Anteil	Top ICD-10	von N = 5.954 Anzahl / Anteil	Top ICD-10
Fehlende Applikationsart	441 / 8 %	-	406 / 6,8 %	-
Fehlende Gesamtdosis*	1.139 / 20,6 %	-	1.802 / 30,3 %	-
Fehlende Intention der Strahlentherapie	454 / 8,2 %	-	384 / 6,4 %	-
Fehlende Seitenangabe	3 / 0,1 %	C34.1 (n = 1) C34.3 (n = 1) C34.9 (n = 1)	11 / 0,2 %	C34.1 (n = 4) C34.3 (n = 1) C34.9 (n = 1) C34.0 (n = 1) C50.4 (n = 1)
Fehlende Stellung zur OP	476 / 8,6 %	-	363 / 6,1 %	-
Fehlender Grund des Therapieendes*	489 / 8,9 %	-	299 / 5 %	-
Fehlendes Beginn-Datum	10 / 0,2 %	-	12 / 0,2 %	-
Fehlendes Zielgebiet	3.805 / 68,9 %	-	3.837 / 64,4 %	-
Ungültige Seitenangabe	181 / 3,3 %	C34.9 (n = 16) C34.0 (n = 7) C30.0 (n = 6) C34.8 (n = 6) C64 (n = 6)	88 / 1,5 %	C34.1 (n = 7) C30.0 (n = 4) C34.8 (n = 4) C34.3 (n = 4) C34.9 (n = 3)

Die Gründe für unvollständige Meldungsinhalte in dieser Tabelle sind nicht nach Behandlungsbeginn und Behandlungsende differenziert.

\* Diese Angabe wird nur bei Behandlungsende-Meldungen erwartet.

**Tabelle 9: Fehlende Angaben - Systemische Therapie**

	Meldungseingangsdatum			
	01.01.22 - 31.12.22		01.01.23 - 31.12.23	
	von N = 9.565 Anzahl / Anteil	Top ICD-10	von N = 8.865 Anzahl / Anteil	Top ICD-10
Fehlende Angaben zu Protokoll und Substanzen	5.863 / 61,3 %	-	5.034 / 56,8 %	-
Fehlende Intention der systemischen Therapie	948 / 9,9 %	-	1.348 / 15,2 %	-
<b>Fehlende Seitenangabe</b>	4 / 0 %	C34.9 (n = 2) C34.1 (n = 1) C50.9 (n = 1)	9 / 0,1 %	C50.2 (n = 2) C64 (n = 2) C34.1 (n = 1) C34.9 (n = 1) C50.9 (n = 1)
Fehlende Stellung zur OP	2.287 / 23,9 %	-	2.550 / 28,8 %	-
Fehlende Therapieart	598 / 6,3 %	-	604 / 6,8 %	-
Fehlender Grund des Therapieendes*	767 / 8 %	-	496 / 5,6 %	-
Fehlendes Beginn-Datum	177 / 1,9 %	-	239 / 2,7 %	-
<b>Ungültige Seitenangabe</b>	566 / 5,9 %	C34.9 (n = 29) C56 (n = 21) C83.3 (n = 18) C34.1 (n = 14) C34.8 (n = 9)	259 / 2,9 %	C34.9 (n = 18) C56 (n = 14) C34.8 (n = 8) C34.1 (n = 7) C43.6 (n = 5)

Die Gründe für unvollständige Meldungsinhalte in dieser Tabelle sind nicht nach Behandlungsbeginn und Behandlungsende differenziert.

\* Diese Angabe wird nur bei Behandlungsende-Meldungen erwartet.

**Tabelle 10: Fehlende Angaben - Verlauf**

	Meldungseingangsdatum			
	01.01.22 - 31.12.22		01.01.23 - 31.12.23	
	von N = 7.799 Anzahl / Anteil	Top ICD-10	von N = 5.726 Anzahl / Anteil	Top ICD-10
<b>Fehlende Gesamtbeurteilung</b>	6.694 / 85,8 %	-	5.100 / 89,1 %	-
<b>Fehlende Seitenangabe</b>	4 / 0,1 %	C34.1 (n = 1) C34.8 (n = 1) C34.9 (n = 1) C50.4 (n = 1)	23 / 0,4 %	C64 (n = 6) C34.3 (n = 3) C34.1 (n = 2) C50.9 (n = 2) C43.6 (n = 1)
<b>Ungültige Seitenangabe</b>	1.116 / 14,3 %	C56 (n = 37) C34.9 (n = 32) C88.4 (n = 24) C83.3 (n = 23) C43.6 (n = 19)	618 / 10,8 %	C34.9 (n = 25) C56 (n = 22) C43.6 (n = 13) C83.3 (n = 10) C34.1 (n = 10)

Die Gründe für unvollständige Meldungsinhalte in dieser Tabelle sind nicht nach den Meldeanlässen Statusmeldung und Statusänderung differenziert.

**Tabelle 11: Fehlende Angaben - Tod**

	Meldungseingangsdatum			
	01.01.22 - 31.12.22		01.01.23 - 31.12.23	
	von N = 85 Anzahl / Anteil	Top ICD-10	von N = 39 Anzahl / Anteil	Top ICD-10
<b>Fehlende Seitenangabe</b>	0 / 0 %	-	5 / 12,8 %	C50.9 (n = 2) C34.0 (n = 1) C34.1 (n = 1) C34.3 (n = 1)
<b>Fehlendes Sterbedatum</b>	5 / 5,9 %	-	0 / 0 %	-
<b>Ungültige Seitenangabe</b>	80 / 94,1 %	C34.9 (n = 15) C56 (n = 7) C34.0 (n = 6) C83.3 (n = 5) C34.1 (n = 3)	34 / 87,2 %	C34.9 (n = 7) C56 (n = 2) C34.3 (n = 2) C44.6 (n = 2) C64 (n = 2)

## 9 Weitere relevante Inhalte und Auffälligkeiten, unabhängig von der Vergütung

Um der gesetzlichen Meldepflicht nachzukommen, müssen Sie alle Daten übermitteln, die Ihnen zum Zeitpunkt der Meldung bekannt sind, auch wenn diese nicht zu den Mindestangaben für eine vergütungsfähige Meldung zählen (§ 15 Abs. 1 LKR NRW).

Häufig werden uns Meldungen übermittelt, die zwar im Sinne der Vergütung vollständig sind, deren Inhalte jedoch nicht ausreichen, um bestimmte klinische Auswertungen durchführen zu können.

Um die Datenqualität kontinuierlich zu verbessern, werden Ihre Meldungen zusätzlich auch inhaltlich geprüft.

Stets aktuelle Erläuterungen zu den meldepflichtigen Angaben sowie deren jeweilige Ausprägungen, finden Sie im veröffentlichten Basisdatensatz unter: <https://www.gekid.de/adt-gekid-basisdatensatz>.

Bitte beachten Sie: Angaben wie ‚x‘ und ‚u‘ sind möglich und kommen im klinischen Alltag vor. Da Meldungen mit diesen Inhalten von vielen Auswertungen ausgeschlossen sind, sollte der Anteil dieser Angaben so gering wie möglich sein. Bei Unsicherheiten zur Kodierung Ihrer Meldungen sprechen Sie gerne die regionalen Teams an.

Zu einigen der Inhalte finden Sie ausführliche Erläuterungen in [Kapitel 10](#).

**Tabelle 12: Weitere relevante Inhalte und Auffälligkeiten**

		Meldungseingangsdatum			
		01.01.22 - 31.12.22		01.01.23 - 31.12.23	
		Anzahl / Gesamt	Anteil	Anzahl / Gesamt	Anteil
Quote der Meldungen mit Widerspruch		191.333 / 1.307.507	14,6 %	164.260 / 1.476.702	11,1 %
Relevante Inhalte					
Anzahl übermittelter Tumorkonferenzen		203.188		221.947	
Inhaltliche Auffälligkeiten					
Diagnose	Tx-Angabe	17.884 / 152.160	11,8 %	15.168 / 147.606	10,3 %
	Nx-Angabe	23.218 / 152.160	15,3 %	20.379 / 147.606	13,8 %
Diagnose	Diagnosesicherung 'unbekannt'	9.422 / 233.489	4 %	2.280 / 211.528	1,1 %
Diagnose	Allgemeiner Leistungszustand fehlend	101.233 / 233.489	43,4 %	45.747 / 211.528	21,6 %



		Anzahl / Gesamt	Anteil	Anzahl / Gesamt	Anteil
Diagnose	Allgemeiner Leistungszustand ,u‘	52.959 / 233.489	22,7 %	64.453 / 211.528	30,5 %
Diagnose	Fehlendes Grading	27.252 / 110.141	24,7 %	23.454 / 106.618	22 %
Diagnose	Unspezifische Topographieangaben	16.912 / 233.489	7,2 %	16.577 / 211.528	7,8 %
Diagnose	Unspezifische Histologieangaben	5.262 / 233.489	2,3 %	4.471 / 211.528	2,1 %
Verlauf	Gesamtbeurteilung des Tumorstatus ,x‘	124.618 / 463.529	26,9 %	142.848 / 558.911	25,6 %
Verlauf	Gesamtbeurteilung des Tumorstatus ,u‘	13.826 / 463.529	3 %	17.164 / 558.911	3,1 %
Verlauf	Allgemeiner Leistungszustand fehlend	141.665 / 463.529	30,6 %	152.408 / 558.911	27,3 %
Verlauf	Allgemeiner Leistungszustand ,u‘	131.404 / 463.529	28,3 %	159.885 / 558.911	28,6 %
Systemische Therapie	Angaben zu Substanzen oder Protokollen nicht erkennbar	1.756 / 168.287	1 %	2.352 / 180.117	1,3 %
OP	Residualstatus ,x‘	31.612 / 135.524	23,3 %	33.837 / 136.718	24,7 %
Alle Meldeanlässe	Seitenangabe ,u‘ bei paarigen Organen	13.127 / 395.045	3,3 %	13.110 / 432.561	3 %

## 10 Erläuterungen

### Genderhinweis

In der MÜS wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf eine geschlechterspezifische Differenzierung verzichtet.

Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

### BEARBEITUNGSSTATUS

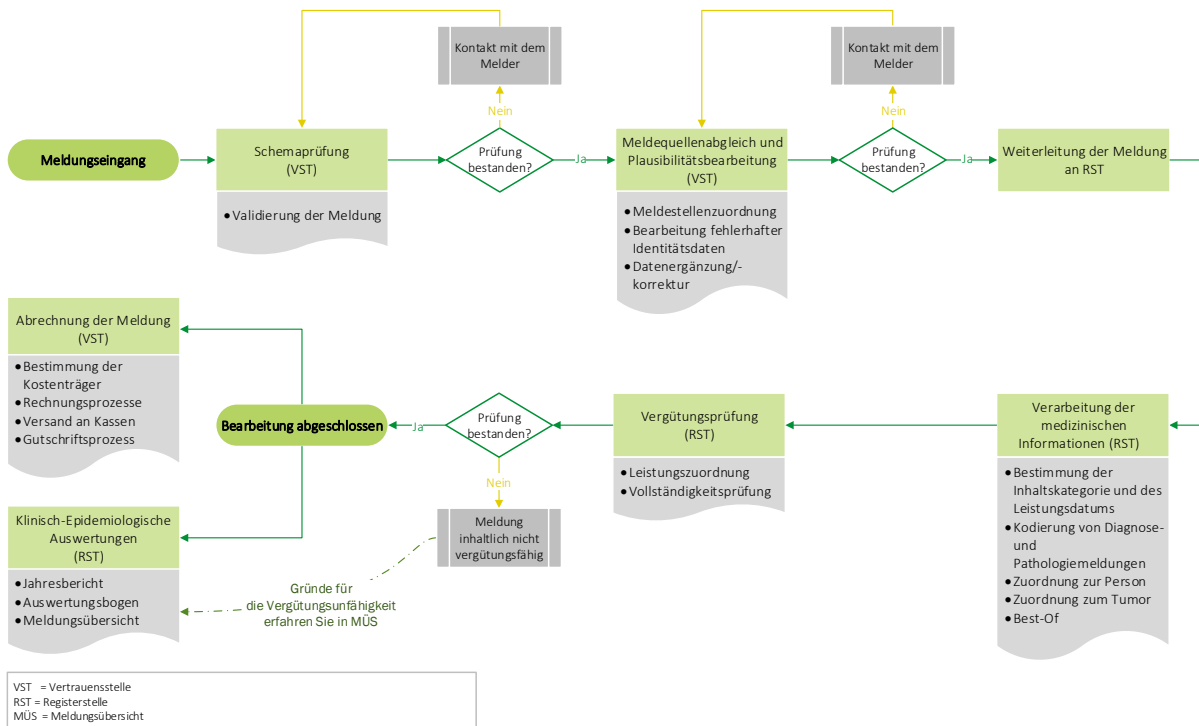
#### Bearbeitung abgeschlossen

Abschließend bearbeitet sind Meldungen, die die internen Bearbeitungsprozesse durchlaufen haben und in der Abteilung Vertrauensstelle zur Einreichung bei den Kostenträgern vorliegen bzw. bereits vergütet wurden (siehe [Abbildung 3](#)).

#### Bearbeitung offen

Nicht bearbeitet sind alle Meldungen, die an das LKR NRW übermittelt wurden, jedoch die internen Prozesse noch nicht vollständig durchlaufen haben und somit auf die Beurteilung der Vergütungsfähigkeit warten (siehe [Abbildung 3](#)).

**Abbildung 3: Meldungsverarbeitung beim LKR NRW**



### VERGÜTUNGSFÄHIGKEIT

#### Vergütungsfähige Meldung

Für jede vollständige und gültige Meldung können Melder eine Vergütung erhalten. Die Beurteilung der Vergütungsfähigkeit und Vollständigkeit einer Meldung orientiert sich an § 65c SGB V bzw. der Satzung des LKR NRW. Meldungen, die diesen Kriterien entsprechen, werden den Kostenträgern in einem abschließenden Prozess zur Vergütungsentscheidung vorgelegt. Wann genau eine Meldung vergütungsfähig ist, können Sie nachlesen unter: <https://www.landeskrebsregister.nrw/melder/abrechnung/>

#### Nicht vergütungsfähige Meldung

Meldungen ohne inhaltliche Vergütungsfähigkeit werden nicht bei den Kostenträgern zur Vergütungsentscheidung vorgelegt.

## ABLEHNUNGSRÜCKGRÜNDE FÜR DIE VERGÜTUNG

### Hinweis:

Um der gesetzlichen Meldepflicht nachzukommen, müssen Sie alle Daten übermitteln, die Ihnen zum Zeitpunkt der Meldung bekannt sind, auch wenn diese nicht zu den Mindestangaben für eine vergütungsfähige Meldung zählen (§ 15 Abs. 1 LKRG NRW).

### Leistung bereits vergütet

Meldungen sind zwar vergütungsfähig im Sinne des § 65 c SGB V oder der Satzungsleistung des LKR NRW, betreffen jedoch eine Leistung, die bereits vergütet wurde. Dies ist z. B. bei Doppelmeldungen der Fall.

### Leistungsdatum nach Meldungseingangsdatum

Das LKR NRW kann nur die Meldungen zur Abrechnung bei den Kostenträgern einreichen, deren Leistungen auch tatsächlich erbracht wurden. Liegt das übermittelte Leistungsdatum in der Zukunft (nach Meldeeingangsdatum), ist die Meldung nicht vergütungsfähig.

### Leistungsdatum vor Diagnosedatum

Leistungen zu einer Tumorerkrankung können erst nach der gesicherten Diagnose erfolgen. Das LKR NRW kann somit nur die Meldungen zur Abrechnung bei den Kostenträgern einreichen, deren Leistungsdatum nach dem Diagnosedatum liegt. Liegt das übermittelte Leistungsdatum vor dem Diagnosedatum, ist die Meldung nicht vergütungsfähig.

### Meldeanlass passt nicht zum Inhalt

Bei Übermittlung einer jeden Meldung muss ein passender Meldeanlass angegeben werden. Der Meldeanlass wird entweder manuell ausgewählt oder automatisiert durch die verwendete Dokumentations-/Meldesoftware. Damit diese Meldung im LKR auf Vollständigkeit geprüft werden kann, wird intern anhand der ausgefüllten Felder eine sog. Inhaltskategorie bestimmt. Die Diskrepanz zwischen Inhalt und Meldeanlass entsteht, wenn der Inhalt der Meldung nicht zum angegebenen Meldeanlass passt.

Dies kann zweierlei Gründe haben:

1. Manche Dokumentations-/Meldesoftware übermitteln in einer Meldung auch weitere Informationen. Diese Meldungen werden dann im LKR zerlegt, der in der Ursprungsmeldung angegebene Meldeanlass wird jedoch kopiert. Diese zusätzlich gewonnenen Meldungen werden im LKR als sog. ‚Ergänzende Meldungsinhalte‘ gezählt (siehe [Tabelle 13](#)). Dieser Vorgang hat für Sie keinen Nachteil: Sie haben eine Meldung übermittelt, die zur Vergütung eingereicht wird, sofern sie vergütungsfähig und vollständig ist.
2. Sie haben bei der manuellen Übermittlung den Meldeanlass falsch ausgewählt. Haben Sie in Ihrer Meldung z. B. das Untersuchungsdatum oder Angaben zum Tumorstatus angegeben, erwartet unser System eine Verlaufsmeldung. Geben Sie bei dieser Meldung z. B. den Meldeanlass ‚Diagnose‘ an, wird der o. g. Fehler ausgegeben.

[Tabelle 13](#) zeigt, welche fehlerhaften Konstellationen sich unter Ihren Meldungen befanden.

Zukünftig (ab oBDS 3.0.0) wird sich in einer Meldung nur noch ein Meldungsinhalt (Dokumenttyp) befinden können. Auch die Angabe eines Meldeanlasses entfällt damit für die meisten Dokumenttypen und wird nur noch dann gefordert, wenn eine Unterscheidung (z. B. zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsende) weiterhin notwendig ist.

**Tabelle 13: Erläuterungen zum Ablehnungsgrund ‚Meldeanlass passt nicht zum Inhalt‘**

	Meldungseingangsdatum			
	01.01.22 - 31.12.22		01.01.23 - 31.12.23	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
1. Ergänzender Meldungsinhalt*	0	-	0	-
2. Eigenständige Meldung	67.733	-	67.596	-
2.1				
Meldeanlass Diagnose mit Inhalten einer OP-Meldung	503	0,7 %	404	0,6 %
Meldeanlass Diagnose mit Inhalten einer Therapiemeldung	93	0,1 %	72	0,1 %
Meldeanlass Diagnose mit Inhalten einer Verlaufsmeldung	247	0,4 %	225	0,3 %
Meldeanlass Pathologie mit Inhalten einer OP-Meldung	56	0,1 %	88	0,1 %
Meldeanlass Pathologie mit Inhalten einer Verlaufsmeldung	11	0,0 %	83	0,1 %
Meldeanlass Therapie mit Inhalten einer Diagnosemeldung	685	1,0 %	1.764	2,6 %
Meldeanlass Therapie mit Inhalten einer Verlaufsmeldung	60.331	89,1 %	58.380	86,4 %
Meldeanlass Tod mit Inhalten einer Diagnosemeldung	24	0,0 %	22	0,0 %
Meldeanlass Tod mit Inhalten einer OP-Meldung	1	0,0 %	8	0,0 %
Meldeanlass Tod mit Inhalten einer Therapiemeldung	46	0,1 %	182	0,3 %
Meldeanlass Verlauf mit Inhalten einer Diagnosemeldung	709	1,0 %	777	1,1 %
Meldeanlass Verlauf mit Inhalten einer OP-Meldung	4.392	6,5 %	3.975	5,9 %
Meldeanlass Verlauf mit Inhalten einer Sterbefallmeldung	244	0,4 %	1.267	1,9 %
Meldeanlass Verlauf mit Inhalten einer Therapiemeldung	296	0,4 %	316	0,5 %
Meldeanlass Verlauf mit mindestens zwei verschiedenen Inhalten	92	0,1 %	26	0,0 %
	3	0,0 %	7	0,0 %

\* In der Meldung befinden sich zwei Meldungsinhalte, von denen nur einer zu dem angegebenen Meldeanlass passt. Häufig handelt es sich hierbei um Therapiemeldungen, aus denen auch Verlaufsinformationen gewonnen werden können. Dies ist zumeist bei der Meldesoftware ONDIS der Fall.

**Tabelle 14: Erläuterungen zu Tabelle 13**

Therapie bzw. Therapiemeldung	Behandlungsbeginn bzw. Behandlungsende einer systemischen Therapie bzw. Strahlentherapie
Verlauf bzw. Verlaufsmeldung	Statusmeldung oder Statusänderung
Meldeanlass ‚Histologie/Zytologie‘	Der Meldeanlass ist nur den Pathologen vorbehalten.
„verschiedene Inhalte“	Bei den verschiedenen Inhalten kann es sich um jede andere Inhaltskategorie handeln, außer der, die im Meldeanlass angegeben wurde.

**Statusmeldung zu lange nach dem Diagnosedatum**

Seit der Anpassung der Vergütungsregeln Anfang 2021 werden unauffällige Verlaufsmeldungen für einen Zeitraum von zehn Jahren nach Diagnosedatum vergütet. Weitere Statusmeldungen, die mehr als 10 Jahre nach der Diagnosestellung stattfinden, werden nicht vergütet.

**Überzählige Statusmeldung**

Seit der Anpassung der Vergütungsregeln Anfang 2021 werden unauffällige Verlaufsmeldungen in den Jahren 1 - 5 nach dem Diagnosedatum viermal und in den Jahren 6 - 10 einmal pro Jahresintervall vergütet. Zusätzlich übermittelte Statusmeldungen werden nicht vergütet.

**Unvollständig**

In der Krebsregister-Meldevergütung-Vereinbarung wurden je nach Art der Meldung bestimmte Mindestangaben definiert, die enthalten sein müssen, damit eine Meldung den Kostenträgern zur Vergütungsentscheidung vorgelegt wird. Eine Meldung gilt demnach als unvollständig, wenn nicht alle dieser vergütungsrelevanten Inhalte vorhanden oder die gemachten Angaben ungültig sind. Eine Auflistung der vergütungsrelevanten Inhalte können Sie unserer Melderbroschüre entnehmen: [https://www.landeskrebsregister.nrw/fileadmin/user\\_upload/dokumente/melderinformation/Melder-Brosch\\_v3.0\\_20Jul2023.pdf](https://www.landeskrebsregister.nrw/fileadmin/user_upload/dokumente/melderinformation/Melder-Brosch_v3.0_20Jul2023.pdf)

**Gründe für Unvollständigkeit Ihrer Meldungsinhalte****Fehlender Diagnosetext**

Bis 2021 war die Angabe des Diagnosetextes für die Vergütbarkeit einer Diagnosemeldung obligatorisch. Seit der Anpassung der Vergütungsregeln im Jahr 2021 wird entweder der Topographie-Kode oder der Diagnosetext erwartet.

**Fehlender Topographie-Kode**

Bis 2021 war die Angabe des Topographie-Kodes für die Vergütbarkeit einer Diagnosemeldung obligatorisch. Seit der Anpassung der Vergütungsregeln im Jahr 2021 wird entweder der Topographie-Kode oder der Diagnosetext erwartet.

**Fehlende oder ungültige TNM-Angabe**

Eine vollständige TNM-Angabe besteht aus den T-, N- und M-Kategorien, den Präfixen (c/p/u) und einem TNM-Datum. Dieser Fehler tritt auf, wenn eine dieser Angaben fehlt.

Außerdem wird nach der TNM-Klassifikation die Verwendung von Mx als unzureichend betrachtet, da für die Bestimmung der klinischen M-Kategorie die klinische Untersuchung ausreichend ist (Wittekind. TNM Klassifikation Maligner Tumoren. 8. Auflage. Wiley-VCH. 2017. S. 8). Gültige Ausprägungen, auch im Sinne der Vergütung, sind somit M0 oder M1.

Berücksichtigt wurden nur Diagnosen, bei denen eine TNM-Angabe erwartet werden kann.

**Fehlende Seitenangabe**

Bei Meldungen, die paarige Organe nach ICD-O-3-Topographie betreffen, ist die Angabe zur Seitenlokalisation zwingend erforderlich. Die Liste der paarigen Organe finden Sie unter: [https://www.landeskrebsregister.nrw/fileadmin/user\\_upload/dokumente/melderinformation/Liste\\_der\\_paarigen\\_Organe\\_v2\\_31.08.2020.pdf](https://www.landeskrebsregister.nrw/fileadmin/user_upload/dokumente/melderinformation/Liste_der_paarigen_Organe_v2_31.08.2020.pdf)

Die Prüfung, ob eine Seitenangabe erforderlich ist, basiert auf der ICD-O-3-Topographie, nicht der ICD-10-Diagnose. Daher kann es vorkommen, dass sich unter den Top ICD-10-Diagnosen mit dem Fehler ‚Fehlende Seitenangabe‘ auch die ICD-10-Kodes von z. B. Systemerkrankungen befinden.

Die Angaben zur Seitenlokalisation stammen bei allen Inhaltskategorien außer der Diagnose aus der Tumorzuordnung.

### **Ungültige Seitenangabe**

Betrifft die Meldung ein paariges Organ ist eine Angabe L = Links oder R = Rechts erforderlich. B = Beidseits sollte bei Tumoren in paarigen Organen zwei Meldungen ergeben. Das Zusammenfassen von zwei Tumoren in paarigen Organen mit der Meldung B = Beidseits ist nur bei Tumoren des Ovars inkl. Tuben mit gleicher Histologie, beim Retinoblastom und bei Wilmstumoren der Niere zulässig.

Die Prüfung, ob eine Seitenangabe erforderlich ist, basiert auf der ICD-O-3-Topographie, nicht der ICD-10-Diagnose. Daher kann es vorkommen, dass sich unter den Top ICD-10-Diagnosen mit dem Fehler ‚Ungültige Seitenangabe‘ auch die ICD-10-Kodes von z. B. Systemerkrankungen befinden.

Die Angaben zur Seitenlokalisation stammen bei allen Inhaltskategorien außer der Diagnose aus der Tumorzuordnung.

### **Ungültiger OPS-Kode**

OP-Meldungen können nur vergütet werden, wenn ein operativer Eingriff stattgefunden hat. Das bedeutet, dass mindestens einer der gemeldeten OPS-Kodes aus dem Kapitel 5 des OPS-Verzeichnisses stammen muss.

### **Ungültiger Topographie-Kode**

Meldungen können nur dann vergütet werden, wenn sich im Feld ‚Topographie ICD-O‘ ein gültiger ICD-O-Schlüssel (Topographie einer Erkrankung) nach der aktuellen ICD-O-Version (derzeit ICD-O-3 Zweite Revision 2019) befindet.

## **Weitere relevante Inhalte und Auffälligkeiten**

### **Allgemeiner Leistungszustand**

Die Information zum allgemeinen Leistungszustand des Patienten ist meldepflichtig. Erwartet wird hier ECOG Status (0-4) bzw. Karnofsky-Index (in %). Meldungen ohne diese Angaben können in bestimmten Auswertungen der Behandlungsqualität (z. B. Qualitätsindikatoren) nicht berücksichtigt werden.

### **Anzahl übermittelter Tumorkonferenzen**

Tumorkonferenzen sind meldepflichtig und für die Bewertung der Behandlungsqualität unverzichtbar. Sie werden üblicherweise mit Meldungen zu anderen Meldeanlässen (z. B. Behandlungsbeginn) übermittelt.

### **Fehlender Diagnosetext**

In dem Feld ‚Diagnosetext‘ werden neben der genauen Tumorlokalisation auch weitere relevante Informationen übermittelt.

### **Fehlendes Grading**

Berücksichtigt wurden nur Diagnosen, bei denen eine Grading-Angabe erwartet werden kann.

### **Quote der Meldungen mit Widerspruch**

Neben den aggregierten Auswertungen in Form von Auswertungsbögen und MÜS, kann Ihnen

das LKR zukünftig auf Anfrage individuelle klinische Verläufe Ihrer Patienten (über Ihre Einrichtung hinaus) zurückmelden. Diese Rückmeldungen können für Sie einen wertvollen Beitrag für die Qualitätssicherung und für Forschungsprojekte leisten. Gemäß § 13 Abs. 1 des LKRG NRW können betroffene Personen der dauerhaften Speicherung ihres Identitäts-Chiffrats im LKR widersprechen. Durch den Widerspruch wird u. a. die Rückmeldung dieser individuellen Verläufe der betroffenen Patienten verhindert.

**Residualstatus ‚x‘**

Berücksichtigt wurden nur Eingriffe, bei denen ein Residualstatus erwartet werden kann.

**Seitenangabe ‚u‘ bei paarigen Organen**

Im Jahr 2021 wurden die Ausprägungen für das Feld ‚Seitenangabe‘ bei paarigen Organen um die Ausprägung ‚u = unbekannt‘ ergänzt. Diese Ausprägung ist seltenen Fällen im klinischen Alltag vorbehalten, in denen die Seitenangabe nicht eindeutig bestimmt werden kann. Die Angabe zur Seitenlokalisation bei paarigen Organen soll sich möglichst weiterhin auf ‚L‘, ‚R‘ bzw. ‚B‘ beschränken.

**Unspezifische Histologieangaben**

Berücksichtigt wurden nur Diagnosemeldungen mit folgenden ICD-O-3 Morphologie-Angaben: 8000/0, 8000/1, 8000/3, 8010/2 sowie 8010/3. Haben Sie im weiteren Verlauf genauere Informationen übermittelt, werden diese an dieser Stelle nicht berücksichtigt.

**Unspezifische Topographieangaben**

Berücksichtigt wurden nur Diagnosemeldungen mit der ICD-O-3-Angabe ‚o.n.A.‘ und zwar bei Entitäten, bei denen eine genauere Kodierung möglich wäre. Ausgenommen sind: C01.9, C07.9, C12.9, C19.9, C20.9, C23.9, C33.9, C37.9, C52.9, C55.9, C56.9, C58.9, C61.9, C64.9, C65.9, C66.9, C73.9, C80.9. Haben Sie im Verlauf genauere Informationen zur Lokalisation des Tumors übermittelt, werden sie an dieser Stelle nicht berücksichtigt.

## Ansprechpartner im LKR NRW

### Bei Fragen zu den Auswertungen

Leitung Klinische Auswertungsstelle Dr. rer. nat. Catherine I. Real	T 0234 54509 611 <a href="mailto:catherine.real@krebsregister.nrw.de">catherine.real@krebsregister.nrw.de</a>
Zentrale E-Mail-Adresse	<a href="mailto:klinische-auswertungen@krebsregister.nrw.de">klinische-auswertungen@krebsregister.nrw.de</a>

### Ansprechpartner Qualitätssicherungsteams

Regierungsbezirk Arnsberg Aleksandra Nina Graw	T 0234 54509 610 <a href="mailto:aleksandra.graw@krebsregister.nrw.de">aleksandra.graw@krebsregister.nrw.de</a>
Regierungsbezirk Detmold Stefan Loth	T 0234 54509 615 <a href="mailto:stefan.loth@krebsregister.nrw.de">stefan.loth@krebsregister.nrw.de</a>
Regierungsbezirk Düsseldorf Dr. rer. nat. Catherine I. Real	T 0234 54509 611 <a href="mailto:catherine.real@krebsregister.nrw.de">catherine.real@krebsregister.nrw.de</a>
Regierungsbezirk Köln Simone Sehlhoff	T 0234 54509 613 <a href="mailto:simone.sehlhoff@krebsregister.nrw.de">simone.sehlhoff@krebsregister.nrw.de</a>
Regierungsbezirk Münster Dr. rer. nat. Eva Ferlemann	T 0234 54509 614 <a href="mailto:eva.ferlemann@krebsregister.nrw.de">eva.ferlemann@krebsregister.nrw.de</a>

### Bei technischen Problemen und Fragen zur Abrechnung

Servicehotline	T 0234 54509 111
----------------	------------------

## Bearbeitung und Redaktion

Fachbereich Klinische Auswertungsstelle  
Fachbereich Landesauswertungsstelle



## Impressum

### Herausgeber

Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen gGmbH  
Gesundheitscampus 10  
44801 Bochum

T 0234 54509 - 111

F 0234 54509 - 499

info@krebsregister.nrw.de

<https://www.landeskrebsregister.nrw>

Geschäftsführer: Dr. Andres Schützendübel  
Ärztliche Leitung: Prof. Dr. med. Andreas Stang, MPG  
Vorsitzender der Gesellschafterversammlung: Matthias Heidmeier,  
Staatssekretär im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Sitz der Gesellschaft: Bochum  
Registergericht: Amtsgericht Bochum  
HRB 17715

### Umschlaggestaltung

Fachbereich Öffentlichkeitsarbeit

### Software

R Core Team (2018). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.

<http://www.R-project.org/>

Gefördert durch



Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen



Partner des



[www.landeskrebsregister.nrw](http://www.landeskrebsregister.nrw)