



Kennzahlenauswertung 2024

Jahresbericht der zertifizierten Gynäkologischen Krebszentren

Auditjahr 2023 / Kennzahlenjahr 2022

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Gynäkologische Krebszentren 2023	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung	8
Kennzahlenauswertungen	12
Kennzahl Nr. 1: Vorstellung Tumorkonferenz	12
Kennzahl Nr. 2: Psychoonkologische Betreuung (Gespräch \geq 25 Min.)	13
Kennzahl Nr. 3: Beratung Sozialdienst	14
Kennzahl Nr. 4: Anteil Studienpat.	15
Kennzahl Nr. 5: Gesamtfallzahl	18
Kennzahl Nr. 6a: Primärfälle	19
Kennzahl Nr. 6b: Nicht Primärfälle	20
Kennzahl Nr. 7: Operative Fälle	21
Kennzahl Nr. 8: Angebot zur genetischen Testung (LL Ovar QI)	22
Kennzahl Nr. 9: Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI)	23
Kennzahl Nr. 10: Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI)	24
Kennzahl Nr. 11: Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom durch Gynäkoonkologen (LL Ovar QI)	25
Kennzahl Nr. 13: First-Line Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI)	26
Kennzahl Nr. 14: Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (LL Zervix QI)	27
Kennzahl Nr. 15: Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie (LL Zervix QI)	28
Kennzahl Nr. 16: Zytologisches/ histologisches LK-Staging (LL Zervix QI)	29
Kennzahl Nr. 17: Brachytherapie als Bestandteil prim. Radio(chemo)therapie	30
Kennzahl Nr. 18: Histologische Sicherung Lokalrezidiv (LL Zervix QI)	31
Kennzahl Nr. 19: Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (LL Vulva QI)	32
Kennzahl Nr. 20: Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie (LL Vulva QI)	33
Kennzahl Nr. 21: Durchführung inguinofemorales Staging (LL Vulva QI)	34
Kennzahl Nr. 22: Sentinel Lymphknoten Biopsie (LL Vulva QI)	35
Kennzahl Nr. 23: Keine systematische Lymphadenektomie bei Endometriumkarzinom c/pT1a, G1/G2, cN0, LVSI neg. (LL Endometrium QI)	36
Kennzahl Nr. 24: Keine adj. Chemoth. bei endometrioidem o. anderem Typ-I-Endometriumkarzinom pT1a/b, G1/G2, cN0/pNsn0, p53-wt	37
Kennzahl Nr. 25a: Hysterektomie ohne Morcellement bei auf den Uterus beschränktem Sarkom (im Zentrum) (LL Sarkom QI)	38
Kennzahl Nr. 25b: Hysterektomie ohne Morcellement bei auf den Uterus beschränktem Sarkom (außerhalb des Zentrums) (LL Sarkom QI)	39
Impressum.....	40

Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 5: Gesamtfallzahl	
Kennzahl Nr. 6a: Primärfälle	
Kennzahl Nr. 6b: Nicht Primärfälle	
Kennzahl Nr. 7: Operative Fälle	
Kennzahl Nr. 8: Angebot zur genetischen Testung (LL Ovar QI)	
Kennzahl Nr. 9: Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI) ..	

Qualitätsindikatoren der Leitlinie (LL QI):

In dem Inhaltsverzeichnis und in den jeweiligen Überschriften sind die Kennzahlen, die den Qualitätsindikatoren der evidenzbasierten Leitlinie entsprechen, besonders ausgewiesen. Die so gekennzeichneten Qualitätsindikatoren beruhen auf starken Empfehlungen der Leitlinien und wurden durch die Leitliniengruppen des Leitlinienprogramms Onkologie abgeleitet. Weiterführende Information: www.leitlinienprogramm-onkologie.de

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	99*	59 - 612	22547
Nenner	Gesamtfallzahl (= Kennzahl 5)	101*	59 - 715	23161
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	99,02%	81,32% - 100%	97,35%**

Grunddaten Kennzahl:

Die Definition des **Zählers**, **Nenners** und die **Sollvorgabe** sind aus dem Kennzahlenbogen entnommen.

Die Angabe des **Medians** für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

In der Spalte **Pat. Gesamt** sind die Summe aller gemäß der Kennzahl behandelten Pat. sowie die dazugehörige Quote dargestellt.

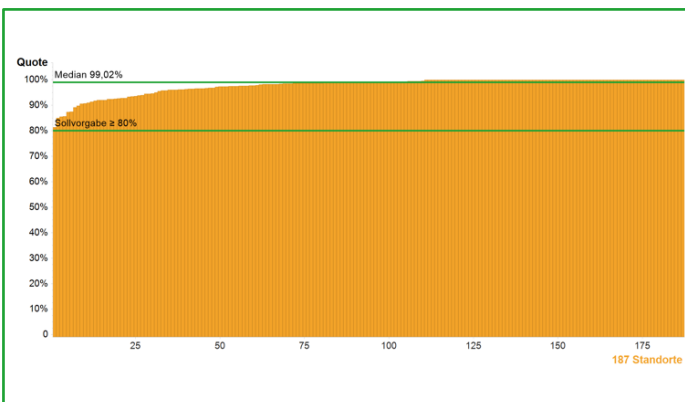
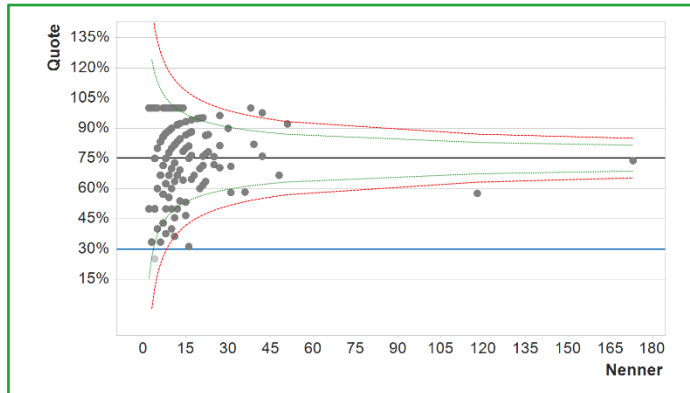


Diagramm:

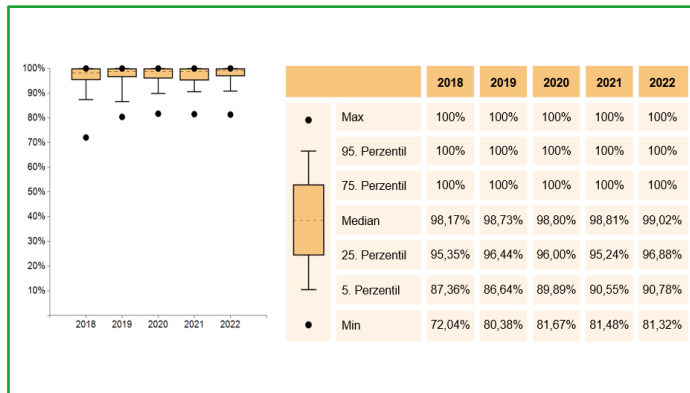
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große Hälften.

Allgemeine Informationen



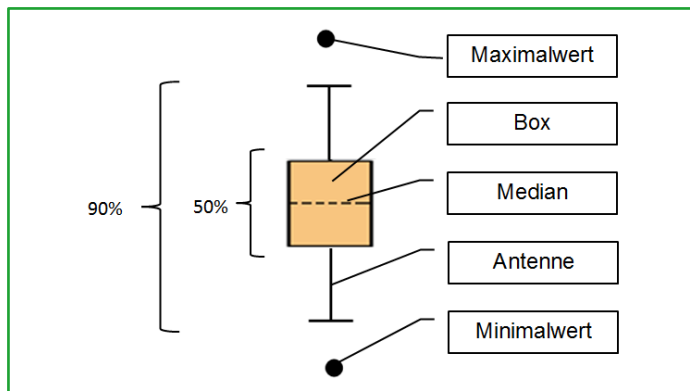
Funnel Plots:

Die Funnel Plots geben bei den Qualitätsindikatoren, die als Quotient dargestellt werden, das Verhältnis von einbezogenen Pat.zahlen und Indikatorergebnis an. Die x-Achse stellt die Grundgesamtheit des Indikators (Zahlenwert des Nenners) dar, die y-Achse das Ergebnis des Indikators für das jeweilige Zentrum. Die Sollvorgabe ist als blaue durchgezogene Linie und der Mittelwert als schwarze durchgezogene Linie dargestellt. Die grün gepunkteten Linien stellen dabei die 95%-Konfidenzintervalle (2 Standardabweichungen des Mittelwerts), die rot gestrichelten Linien die 99,7%-Konfidenzintervalle (3 Standardabweichungen des Mittelwerts) dar.



Kohortenentwicklung:

Die Kohortenentwicklung in den Jahren **2018, 2019, 2020, 2021** und **2022** wird mit Hilfe des Boxplot-Diagramms dargestellt.



Boxplot:

Ein Boxplot setzt sich aus einer **Box mit Median, Antennen** und **Ausreißern** zusammen. Innerhalb der Box befinden sich 50 Prozent der Zentren. Der Median teilt die gesamte Kohorte in zwei Hälften mit der gleichen Anzahl an Zentren. Die Antennen und die Box umfassen 90 Prozent der Zentren. Die Extremwerte werden hier als Punkte abgebildet.

Stand des Zertifizierungssystems für Gynäkologische Krebszentren 2023

	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018
Laufende Verfahren	4	10	7	8	12	4
Zertifizierte Zentren	189	182	182	164	155	143
Zertifizierte Standorte	189	182	183	165	156	145
Gynäkologische Krebszentren mit 1 Standort	189	182	181	163	154	141
2 Standorte	0	0	1	1	1	2
3 Standorte	0	0	0	0	0	0
4 Standorte	0	0	0	0	0	0

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	187	177	169	162	149	139
entspricht	98,9%	97,3%	92,3%	98,8%	95,5%	95,9%
Primärfälle gesamt*	17.441	16.272	15.254	14.986	13.762	12.937
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	93,3	92	90	92	92	93
Primärfälle pro Standort (Median)*	78	76	75	78	78	77

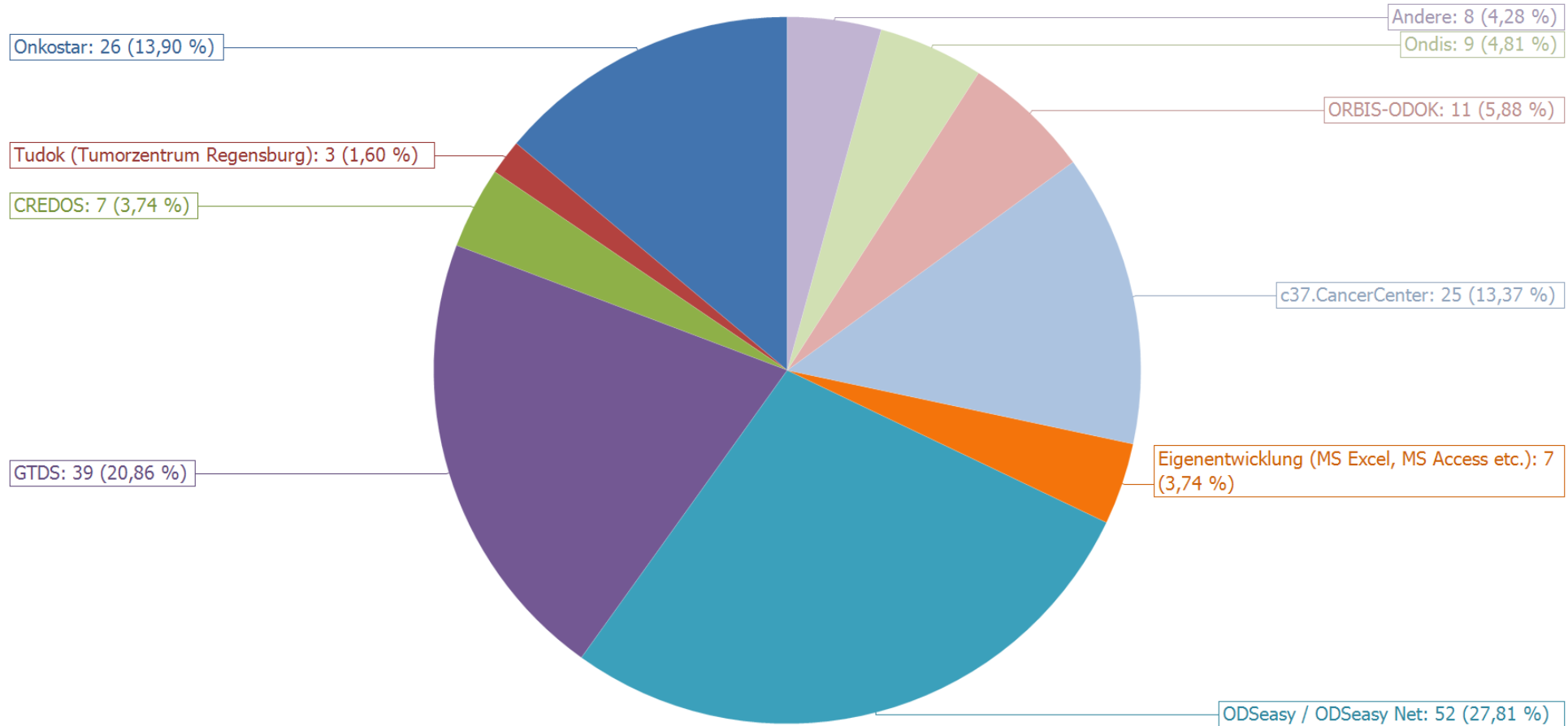
* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Gynäkologischen Krebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 187 der 189 zertifizierten Zentrumstandorte enthalten. Ausgenommen sind 2 Standorte, die im Jahr 2023 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). An 189 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 17.627 Primärfälle mit Genitalmalignom behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de abgebildet.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2022. Sie stellen für die 2023 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



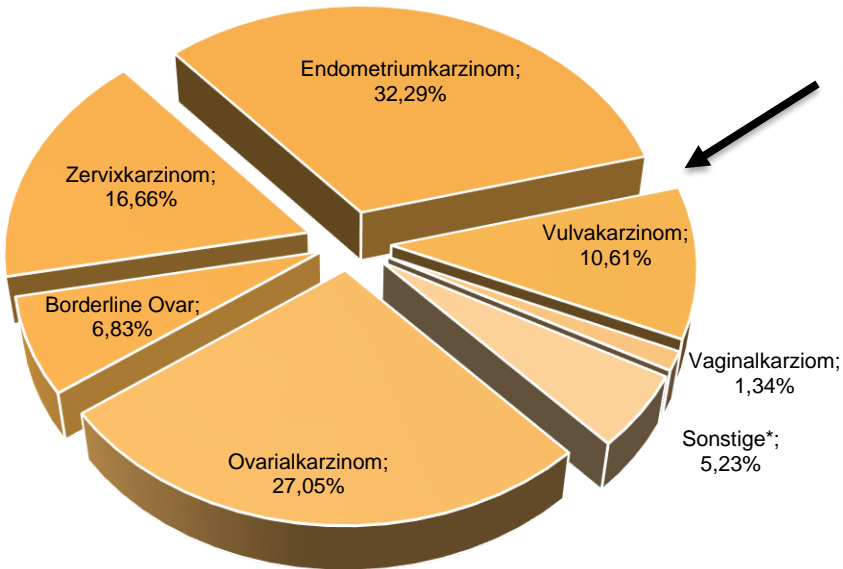
Legende:	
Andere	System in ≤ 3 Standorten genutzt

Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum Krebsregister bestehen.

Basisdaten – Gesamtfallzahl (Primärfälle und Nicht-Primärfälle)

Gesamtfallzahl (Primärfälle und Nicht-Primärfälle)

Primärfälle

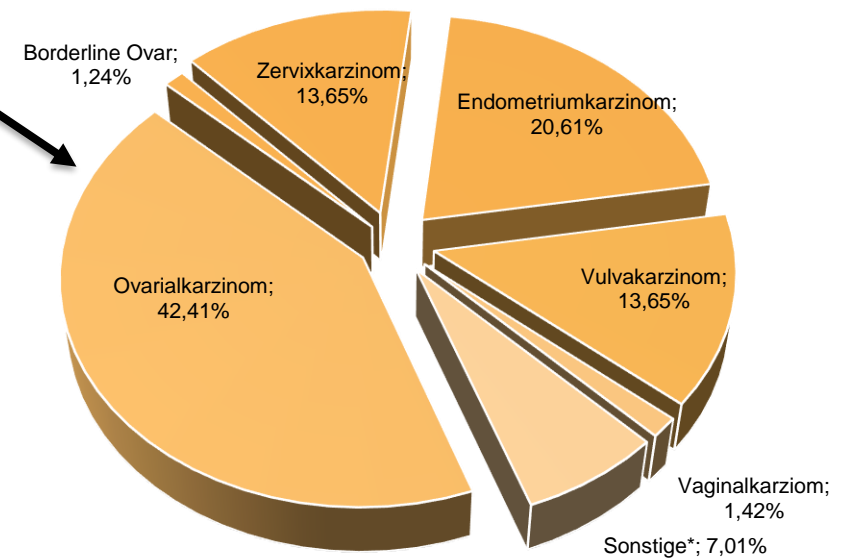


Primärfälle
75,30%

Nicht Primärfälle
24,70%

Nicht-Primärfälle

(Pat. mit Rezidiv/ sek. Fernmetastasen)



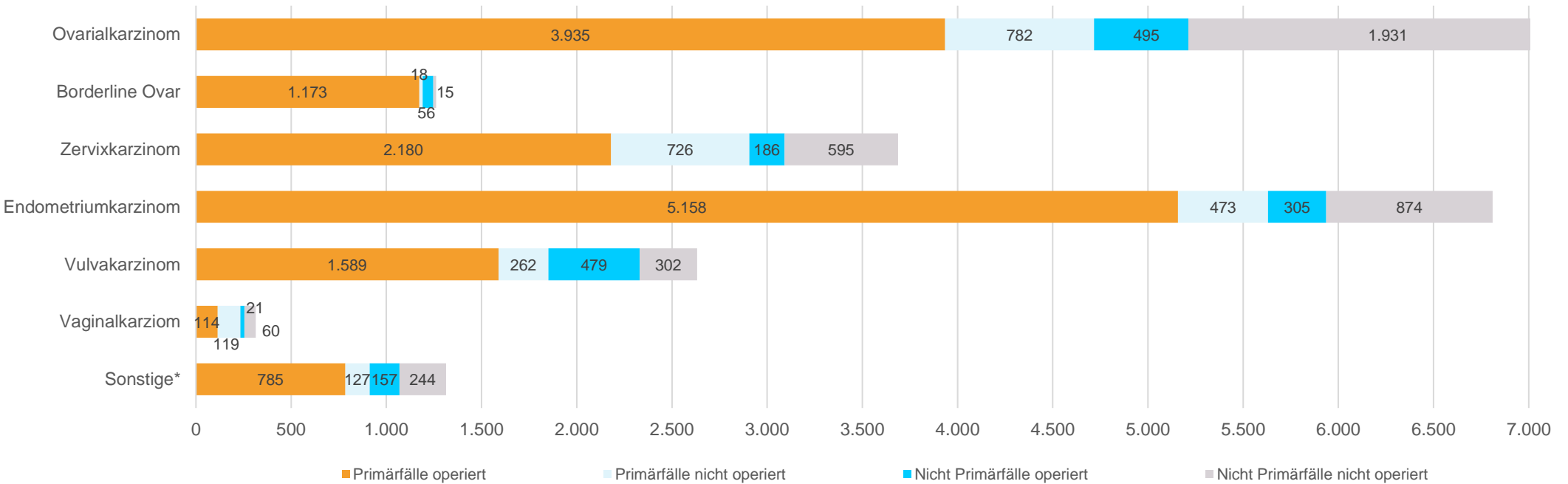
	Gesamtfallzahl Gyn. Zentren	Primärfälle Gyn. Zentren	Nicht Primärfälle Gyn. Zentren
Ovarialkarzinom	7.143 (30,84%)	4.717 (27,05%)	2.426 (42,41%)
Borderline Ovar	1.262 (5,45%)	1.191 (6,83%)	71 (1,24%)
Zervixkarzinom	3.687 (15,92%)	2.906 (16,66%)	781 (13,65%)
Endometriumkarzinom	6.810 (29,40%)	5.631 (32,29%)	1.179 (20,61%)
Vulvakarzinom	2.632 (11,36%)	1.851 (10,61%)	781 (13,65%)
Vaginalkarzinom	314 (1,36%)	233 (1,34%)	81 (1,42%)
Sonstige*	1.313 (5,67%)	912 (5,23%)	401 (7,01%)
Gesamtfallzahl	23.161 (100%)	17.441 (100%)	5.720 (100%)

	Inzidenz ¹ Deutschland	Primärfälle Deutschland 2022 ²	Anteil 2022	Primärfälle Deutschland 2021 ²	Anteil 2021
Ovarialkarzinom	7.319	4.225	57,73%	4.018	54,90%
Borderline Ovar	-	1.061	-	982	-
Zervixkarzinom	4.575	2.669	58,33%	2.625	57,37%
Endometriumkarzinom	11.266	5.122	45,46%	4.842	42,97%
Vulvakarzinom	3.293	1.737	52,75%	1.628	49,43%
Vaginalkarzinom	493	195	39,56%	233	47,26%
Sonstige*	891	840	94,28%	759	85,18%

* Sonstige (u.a. Sarkome, Chorionkarzinome etc.)

¹ Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut, Inzidenz 2019, Datenbankabfrage www.krebsdaten.de/abfrage. Stand: 13.09.2022; Abruf: 20.08.2024
² einschließlich Primärfälle, die sich nicht im Jahresbericht befinden (nur Deutschland)

Basisdaten – Primärfälle und Nicht-Primärfälle¹



¹ Pat. mit Rezidiv/ sek. Fernmetastasen

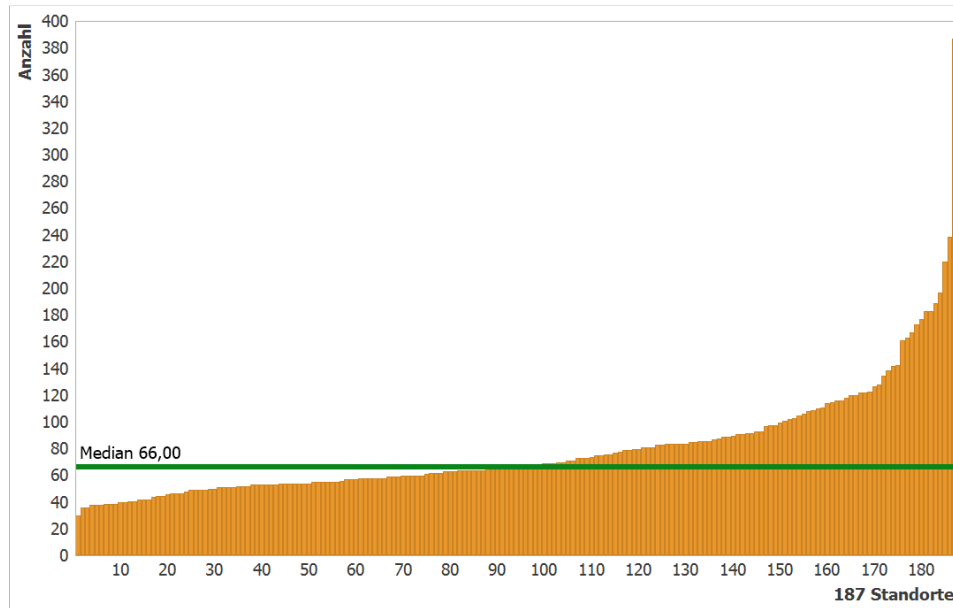
	Primärfälle		
	Gesamt	operiert	nicht operiert
		Anzahl (in %)	Anzahl (in %)
Ovarialkarzinom	4.717 (100%)	3.935 (83,42%)	782 (16,58%)
Borderline Ovar	1.191 (100%)	1.173 (98,49%)	18 (1,51%)
Zervixkarzinom	2.906 (100%)	2.180 (75,02%)	726 (24,98%)
Endometriumkarzinom	5.631 (100%)	5.158 (91,60%)	473 (8,40%)
Vulvakarzinom	1.851 (100%)	1.589 (85,85%)	262 (14,15%)
Vaginalkarzinom	233 (100%)	114 (48,93%)	119 (51,07%)
Sonstige*	912 (100%)	785 (86,07%)	127 (13,93%)
Summe	17.441	14.934	2.507

	Nicht Primärfälle		
	Gesamt	operiert	nicht operiert
		Anzahl (in %)	Anzahl (in %)
Ovarialkarzinom	2.426 (100%)	495 (20,40%)	1.931 (79,60%)
Borderline Ovar	71 (100%)	56 (78,87%)	15 (21,13%)
Zervixkarzinom	781 (100%)	186 (23,82%)	595 (76,18%)
Endometriumkarzinom	1.179 (100%)	305 (25,87%)	874 (74,13%)
Vulvakarzinom	781 (100%)	479 (61,33%)	302 (38,67%)
Vaginalkarzinom	81 (100%)	21 (25,93%)	60 (74,07%)
Sonstige*	401 (100%)	157 (39,15%)	244 (60,85%)
Summe	5.720	1.699	4.021

* Sonstige (u.a. Sarkome, Chorionkarzinome etc.)

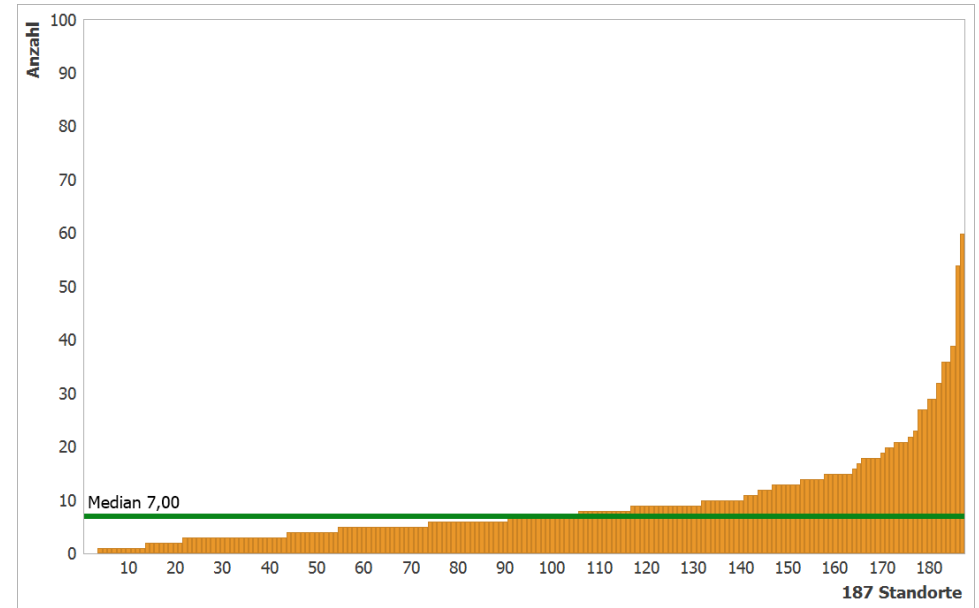
Operative Fälle mit Genitalmalignom

Operative Primärfälle



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	328,00	371,00	395,00	383,00	387,00
95. Perzentil	171,60	151,95	155,20	155,40	165,80
75. Perzentil	93,00	92,00	92,00	92,00	90,50
Median	70,00	67,00	66,00	65,00	66,00
25. Perzentil	56,00	54,25	54,00	55,00	54,00
5. Perzentil	41,40	40,00	40,00	42,00	40,00
Min	30,00	33,00	29,00	31,00	30,00

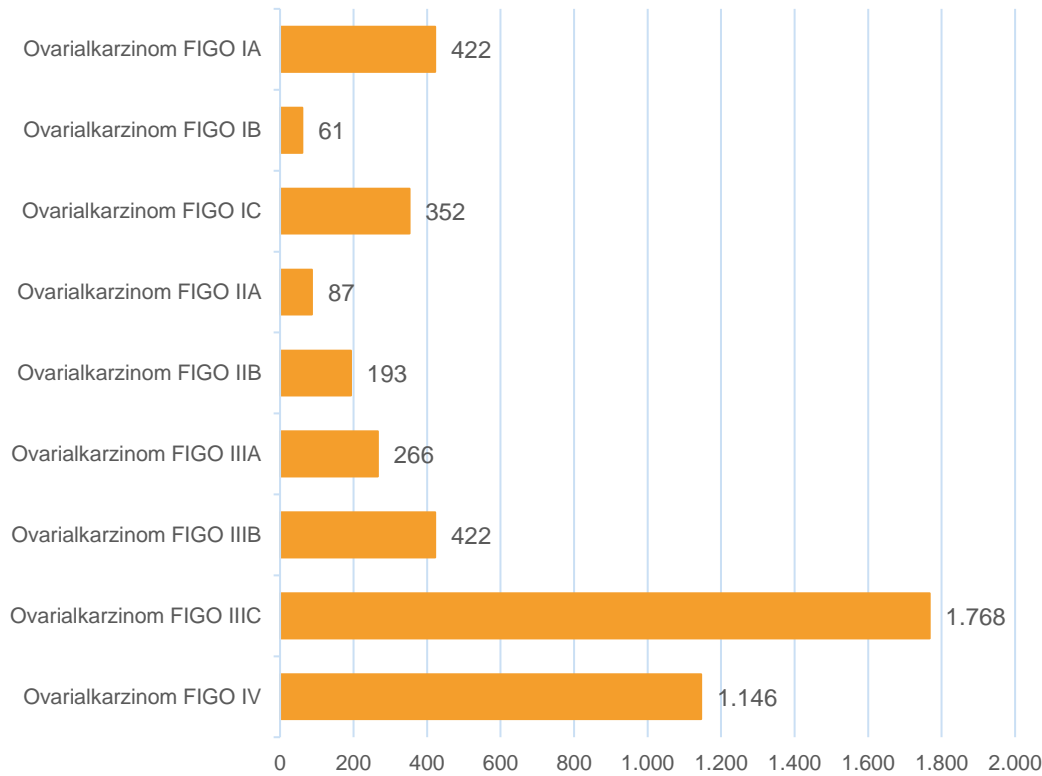
Operative Nicht-Primärfälle (Pat. mit Rezidiv/ sek. Fernmetastasen)



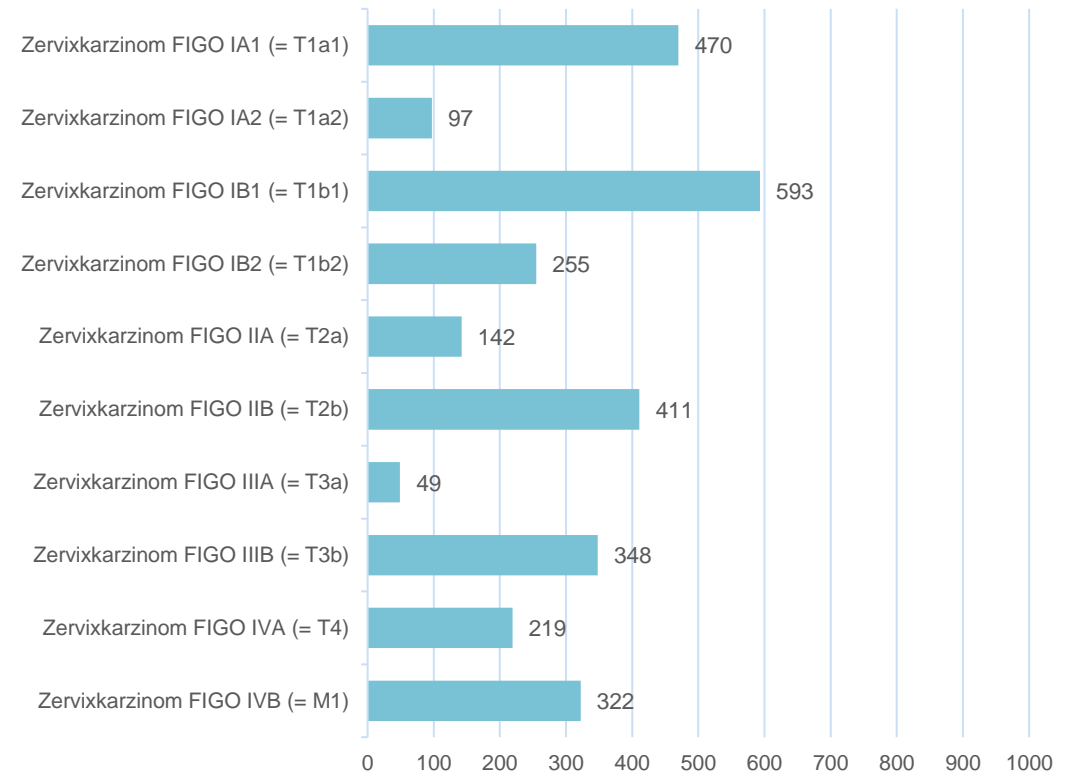
	2018	2019	2020	2021	2022
Max	89,00	92,00	76,00	74,00	60,00
95. Perzentil	32,60	28,95	32,60	31,20	25,80
75. Perzentil	13,00	12,00	12,00	12,00	10,50
Median	8,00	8,00	8,00	7,00	7,00
25. Perzentil	5,00	5,00	5,00	4,00	4,00
5. Perzentil	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00
Min	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Basisdaten – Stadienverteilung Primärfälle Ovar und Zervix

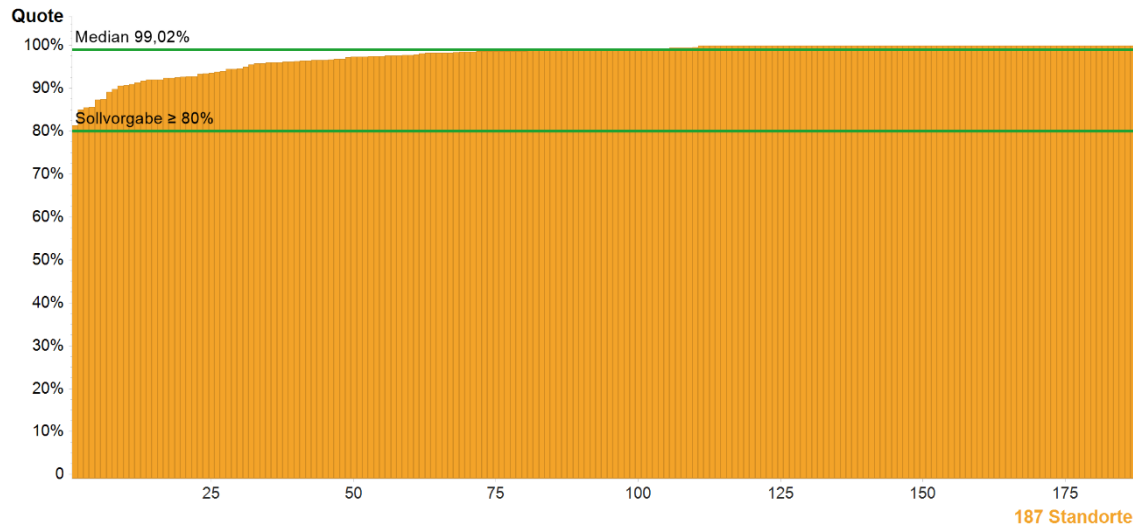
Ovarialkarzinom: Primärfälle operiert + nicht operiert



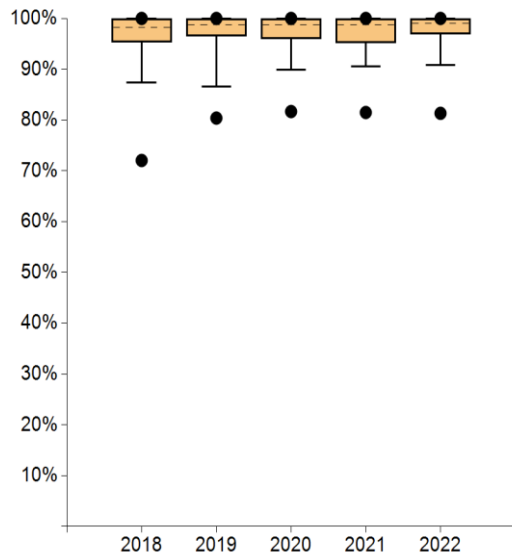
Zervixkarzinom: Primärfälle operiert + nicht operiert



1. Vorstellung Tumorkonferenz



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	99*	59 - 612	22547
Nenner	Gesamtfallzahl (= Kennzahl 5)	101*	59 - 715	23161
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	99,02%	81,32% - 100%	97,35%**



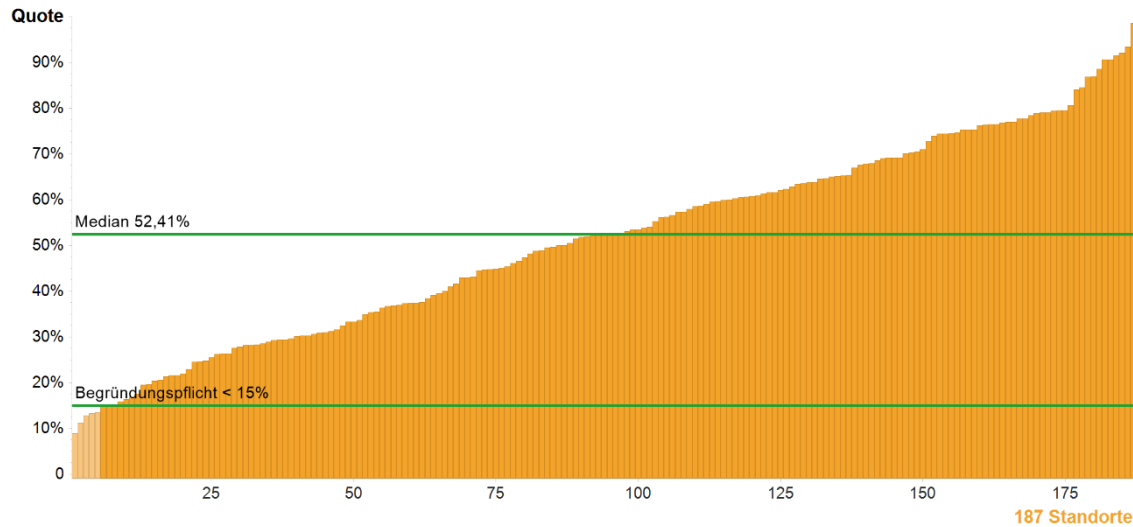
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	98,17%	98,73%	98,80%	98,81%	99,02%
25. Perzentil	95,35%	96,44%	96,00%	95,24%	96,88%
5. Perzentil	87,36%	86,64%	89,89%	90,55%	90,78%
● Min	72,04%	80,38%	81,67%	81,48%	81,32%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
187	100,00%	187	100,00%

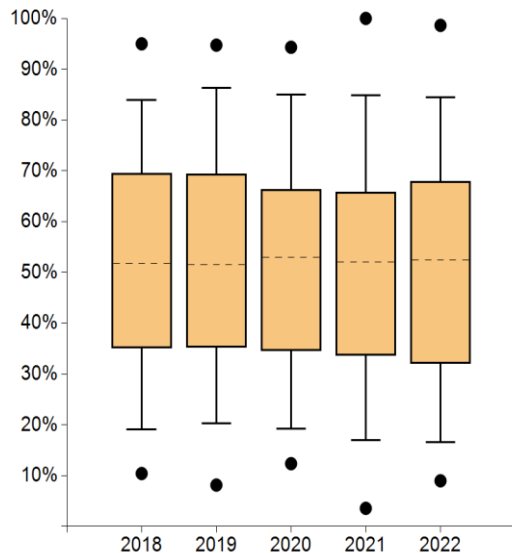
Anmerkungen:
Wie in den Vorjahren erfüllen alle Standorte die Sollvorgabe ≥ 80%. Gut 97% der in Frage kommenden Pat. mit Erstdiagnose, Rezidiv oder neu aufgetretener Metastasierung werden in der Tumorkonferenz vorgestellt.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

2. Psychoonkologische Betreuung (Gespräch ≥ 25 Min.)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die ambulant oder stationär psychoonkologisch betreut wurden (Gespräch ≥ 25 Min.)	54*	8 - 374	11594
Nenner	Gesamtfallzahl (= Kennzahl 5)	101*	59 - 715	23161
Quote	Begründungspflicht*** <15%	52,41%	8,99% - 98,63%	50,06%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	95,00%	94,74%	94,32%	100%	98,63%
95. Perzentil	83,98%	86,35%	84,98%	84,82%	84,40%
75. Perzentil	69,51%	69,36%	66,32%	65,79%	67,91%
Median	51,81%	51,49%	52,94%	52,11%	52,41%
25. Perzentil	35,05%	35,29%	34,58%	33,64%	32,03%
5. Perzentil	19,05%	20,27%	19,20%	17,04%	16,55%
● Min	10,42%	8,15%	12,36%	3,57%	8,99%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
187	100,00%	182	97,33%

Anmerkungen:

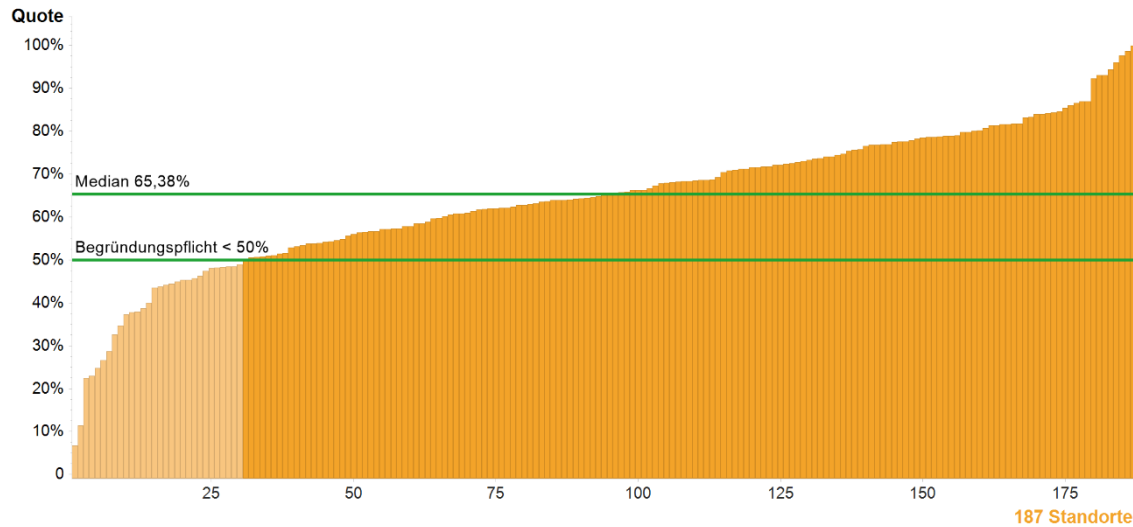
Die Rate der psychoonkologischen Betreuung bleibt auch in diesem Kennzahlenjahr im Median unverändert (ca. 52%) . 5 Zentren sind begründungspflichtig, da sie < 15% der Pat. psychoonkologisch betreuen. Einige Standorte haben den Prozess dafür bereits optimiert und erwarten für das Folgejahr bessere Ergebnisse; andere Standorte führen an, dass bei hoher Screeningrate viele Pat. keine psychoonkologische Betreuung gewünscht hätten.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

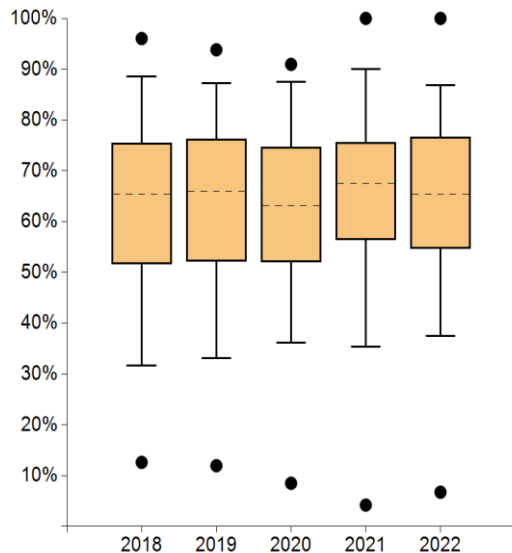
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

3. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die ambulant oder stationär durch den Sozialdienst beraten wurden	67*	6 - 474	14863
Nenner	Gesamtfallzahl (= Kennzahl 5)	101*	59 - 715	23161
Quote	Begründungspflicht*** < 50%	65,38%	6,74% - 100%	64,17%**



	2018	2021	2019	2020	2021	2022
● Max	96,04%	93,83%	90,96%	100%	100%	
95. Perzentil	88,51%	87,22%	87,46%	90,02%	86,85%	
75. Perzentil	75,53%	76,22%	74,70%	75,58%	76,69%	
Median	65,43%	65,91%	63,16%	67,50%	65,38%	
25. Perzentil	51,61%	52,21%	52,09%	56,38%	54,72%	
5. Perzentil	31,69%	33,13%	36,20%	35,43%	37,47%	
● Min	12,62%	11,96%	8,50%	4,21%	6,74%	

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
187	100,00%	157	83,96%

Anmerkungen:

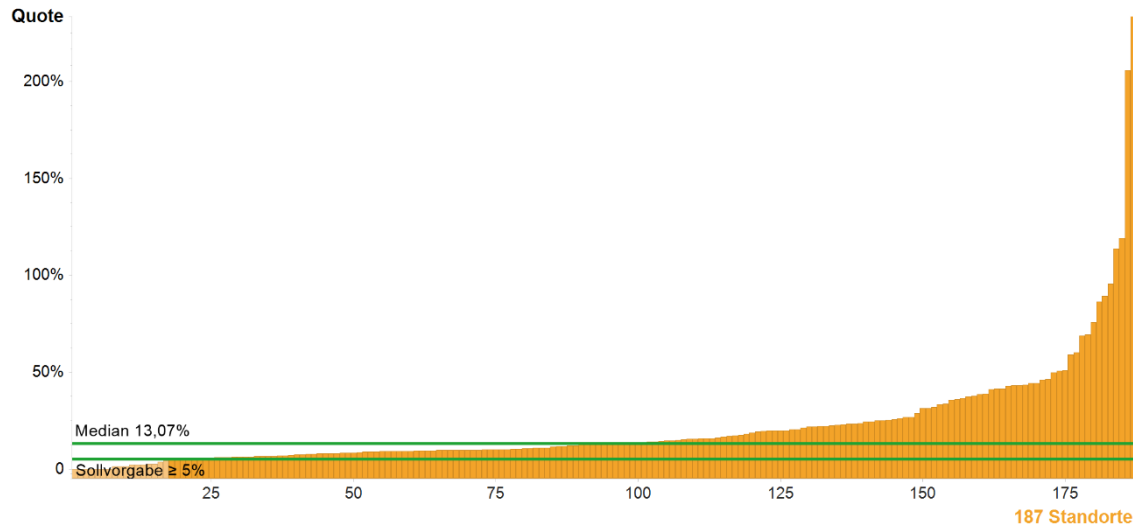
84% der Standorte liegen im Plausibilitätskorridor. Von den 30 Standorten (Vorjahr 17), die die 50%-Grenze unterschreiten und begründungspflichtig sind, befinden sich 11 in der Schweiz und in Österreich. Dort wird die Sozialarbeiterische Beratung von Pflegekräften oder über externe Einrichtungen durchgeführt und finanziert. Die 19 Zentren in Deutschland mit einer Beratungsrate < 50% begründen diese mit Dokumentationsschwierigkeiten, Personalmangel, kurzen stationären Aufenthalten oder fehlendem Bedarf der Pat. nach stattgehabtem Angebot.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

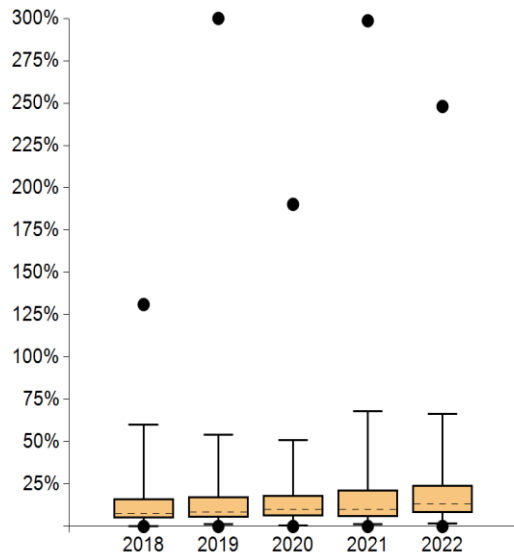
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

4. Anteil Studienpat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	10*	0 - 576	4871
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 6a)	78*	45 - 420	17441
Quote	Sollvorgabe \geq 5%	13,07%	0,00% - 248,00%	27,93%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	131,05%	300,00%	190,22%	298,61%	248,00%
95. Perzentil	59,97%	54,16%	51,00%	68,09%	66,36%
75. Perzentil	16,44%	17,54%	18,39%	21,57%	24,50%
Median	7,69%	8,60%	10,26%	10,20%	13,07%
25. Perzentil	5,00%	5,29%	6,25%	5,88%	8,23%
5. Perzentil	0,00%	1,39%	0,49%	1,45%	1,76%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
187	100,00%	170	90,91%

Anmerkungen:

Im Vergleich zum Vorjahr ist für diese Kennzahl ein guter Zuwachs von Standorten, die die Sollvorgabe erreichen, zu verzeichnen: etwa 91% der Standorte erfüllen die Sollvorgabe (Vorjahr 83%). 17 von 187 Standorten erfüllen die Sollvorgabe nicht, 7 Standorte konnten keine Pat.in eine Studie einschließen. Genannte Gründe waren u.a. wenig geeignete Studien (6 Nennungen), negatives Screening bzgl. der Einschlusskriterien (4x), Ablehnung durch die Patientinnen (2x). In den Audits wurden 13 Hinweise und 1 Abweichung ausgesprochen.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

Individueller Jahresbericht - Benchmark

Individueller Jahresbericht - Standortsspezifische Kennzahlenauswertung eines Zentrums

Was ist der individuelle Jahresbericht?

Im individuellen Jahresbericht werden die standortspezifischen Zentrumsdaten abgebildet und in Vergleich zu den anderen zertifizierten Zentren im jeweiligen Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft gesetzt. Darüber hinaus wird die individuelle Entwicklung des Zentrums über den Verlauf der Zeit dargestellt.

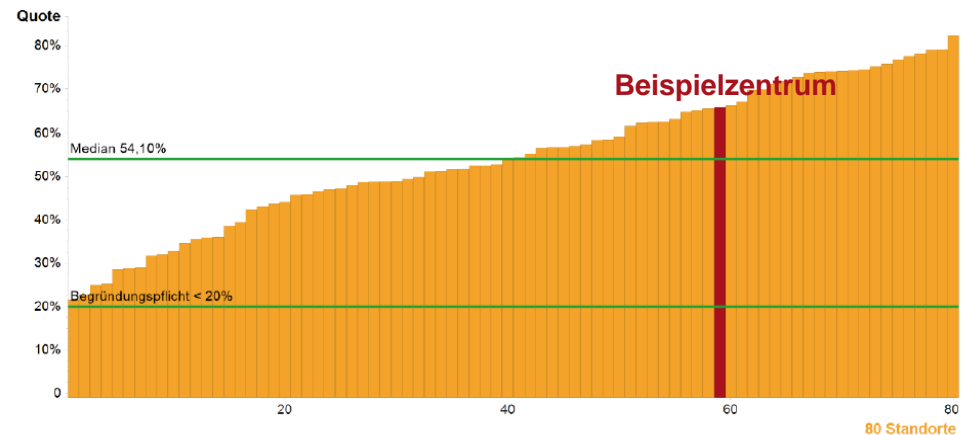
Inhalte und Gestaltung eines individuellen Jahresberichtes orientieren sich an den allgemeinen Jahresberichten. Ein Beispiel für einen individuellen Jahresbericht ist auf www.onkozert.de unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich.

Wer kann den individuellen Jahresbericht erhalten?

Voraussetzung für die Erstellung des individuellen Jahresberichtes ist die Veröffentlichung des allgemeinen Jahresberichtes (Bekanntgabe u.a. auf www.onkozert.de) sowie die Abbildung des eigenen Zentrums im allgemeinen Jahresbericht (beispielsweise sind Zentren mit Erstzertifizierung im Auditjahr nicht abgebildet).

Bei mehrstandortigen Zentren wird jeder Standort in einem eigenständigen individuellen Jahresbericht abgebildet.

Für Onkologische Zentren ist aktuell nur der allgemeine Jahresbericht verfügbar.



Beispielzentrum (roter Balken) im Vergleich zu den anderen zertifizierten Zentren

	Kennzahldefinition	Beispielzentrum				
		2018	2019	2020	2021	2022
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	219	263	220	240	237
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv (Lokal, regionale LK-Metastasen) und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	321	362	331	355	360
Quote	Begründungspflicht* <20%	68,22%	72,65%	66,47%	67,61%	65,83%

Individuelle Entwicklung des Beispielzentrums im Zeitverlauf

**Auszug aus einem individuellen Jahresbericht
(Kennzahl Beratung Sozialdienst)**

Individueller Jahresbericht - Benchmark

Wie kann man den individuellen Jahresbericht erhalten?

Der individuelle Jahresbericht wird elektronisch als PowerPoint-Datei auf der Plattform [Data-WhiteBox](#) zum Download bereitgestellt.

Der Zugang zu einem individuellen Jahresbericht unterscheidet sich je nach Zertifizierungssystem:

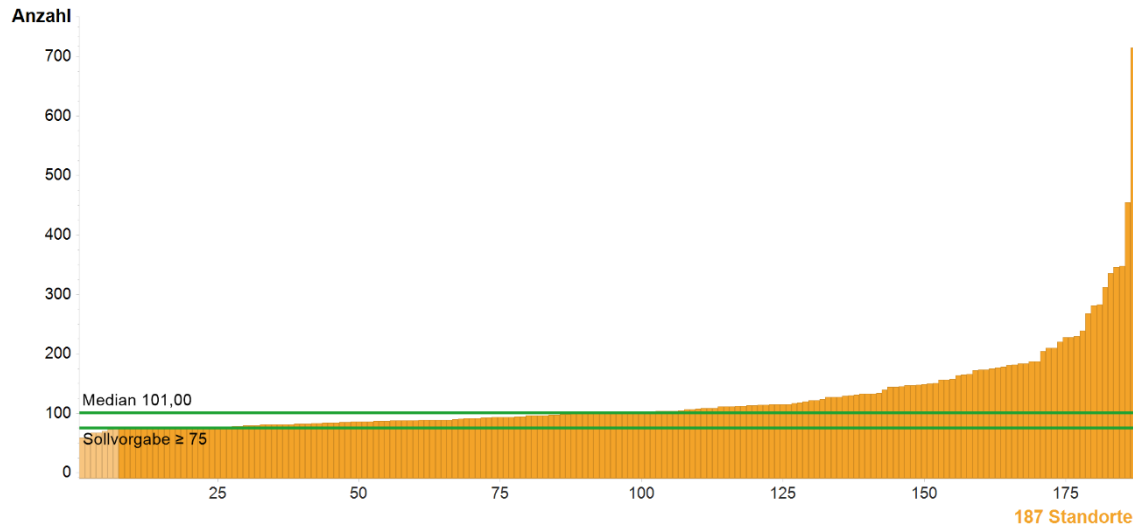
Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- Auf Beschluss der jeweiligen Zertifizierungskommission wird der individuelle Jahresbericht für alle Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren bereitgestellt.
- Die Zentren (Zentrumsleitung und Zentrumskoordination) werden per E-Mail durch OnkoZert über die Verfügbarkeit des jeweiligen individuellen Jahresberichtes informiert.
- Die Zugangsdaten zum Abruf des individuellen Jahresberichtes liegen der Zentrumsleitung und Zentrumskoordination vor (einmalige Zusendung der Zugangsdaten).

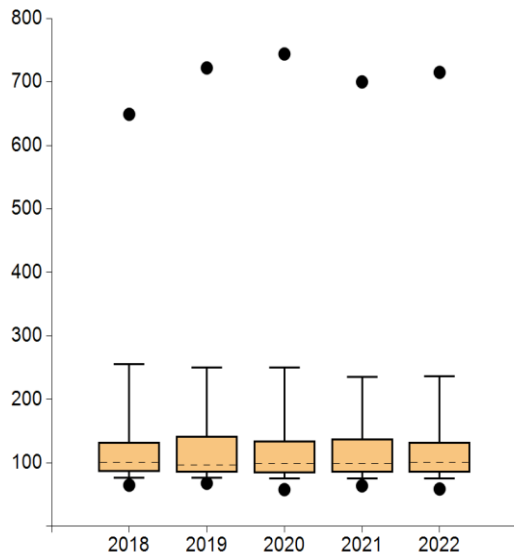
Alle anderen Organkrebszentren / Module

- Die Zentren (Zentrumsleitung und Zentrumskoordination) werden per E-Mail durch OnkoZert über die grundsätzliche Verfügbarkeit der individuellen Jahresberichte informiert. Ab diesem Zeitpunkt kann ein individueller Jahresbericht optional kostenpflichtig bestellt werden.
- Das „Bestellformular Individueller Jahresbericht“ ist auf www.onkozert.de unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich. Eine Bestellung ist nur durch Personen möglich, die bei OnkoZert als Ansprechpartner (z.B. Zentrumsleitung, Zentrumskoordination, QMB, etc.) registriert sind.
- Die Kosten für die jeweiligen individuellen Jahresberichte sind auf dem Formular aufgeführt.
- Die Erstelldauer beträgt nach Bestelleingang ca. 3 Wochen.

5. Gesamtfallzahl



Anzahl	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
	Gesamtfallzahl	101	59 - 715	23161
	Sollvorgabe ≥ 75			



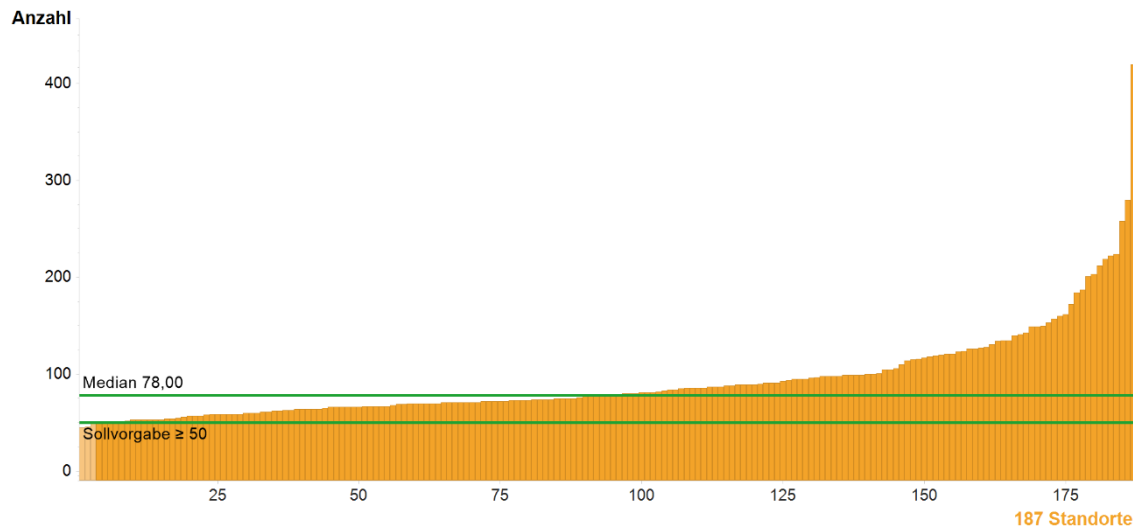
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	649,00	722,00	744,00	700,00	715,00
95. Perzentil	255,80	250,70	250,00	235,00	236,30
75. Perzentil	133,00	141,75	135,00	138,00	133,00
Median	101,00	97,00	99,00	99,00	101,00
25. Perzentil	86,00	85,00	84,00	85,00	85,00
5. Perzentil	76,40	77,05	75,00	75,00	75,00
● Min	65,00	68,00	58,00	64,00	59,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
187	100,00%	180	96,26%

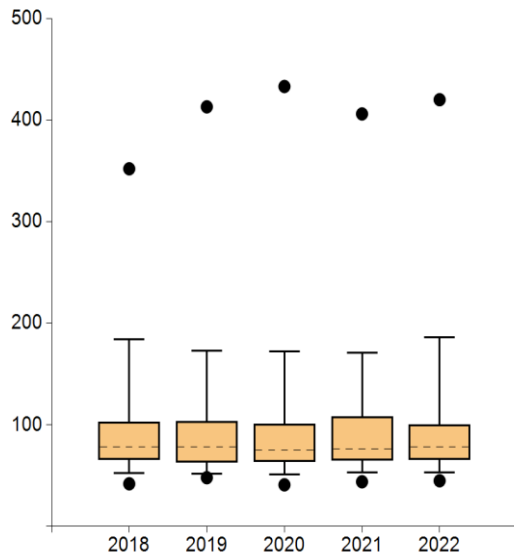
Anmerkungen:

Insgesamt wurden 2022 23.381 Primärfälle und Nicht-Primärfälle in den GZ behandelt, davon sind 23.161 im Jahresbericht inkludiert. 7 Standorte (Vorjahr 8) erfüllen die Sollvorgabe ≥ 75 nicht und begründeten dies u.a. mit noch bestehenden Covid-bedingten Einschränkungen.

6a. Primärfälle



Anzahl	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
	Primärfälle	78	45 - 420	17441
	Sollvorgabe ≥ 50			



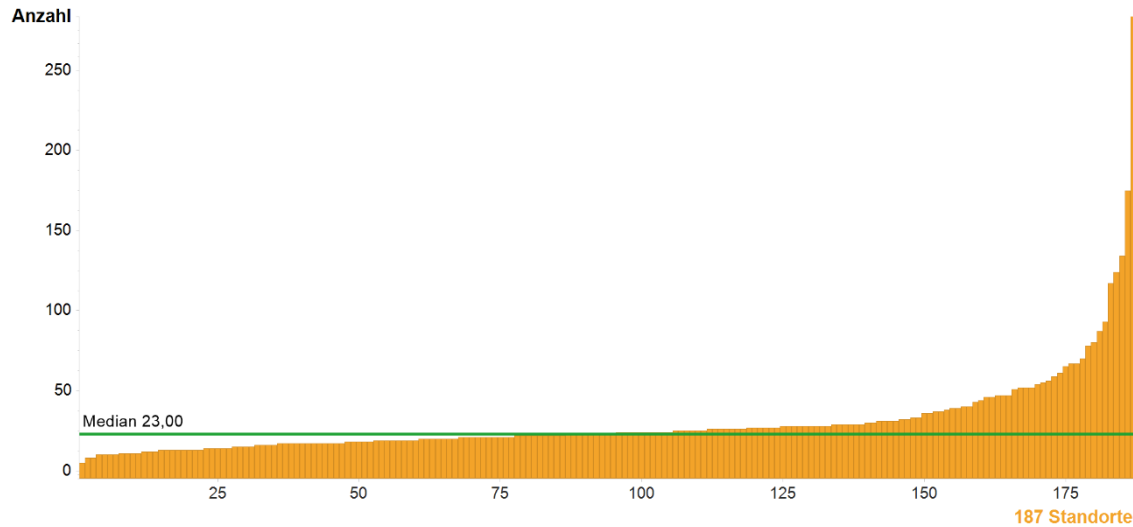
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	352,00	413,00	433,00	406,00	420,00
95. Perzentil	184,20	172,95	172,20	171,20	186,10
75. Perzentil	103,00	103,50	101,00	108,00	100,00
Median	78,00	78,00	75,00	76,00	78,00
25. Perzentil	66,00	63,00	64,00	65,00	66,00
5. Perzentil	52,80	52,00	51,00	53,00	53,00
● Min	42,00	48,00	41,00	44,00	45,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
187	100,00%	184	98,40%

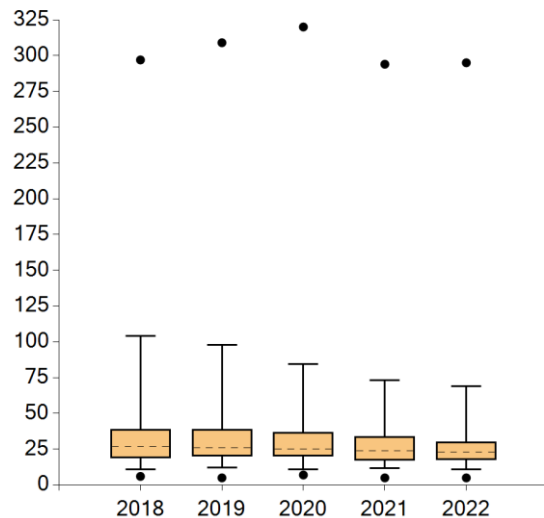
Anmerkungen:

184 von 187 Standorten (ca. 98%) erfüllen die Sollvorgabe von ≥ 50 Primärfällen/ Jahr. Der Median für diese Kennzahl liegt jetzt wieder auf dem Niveau der Prä-Covid-Ära. Von den 3 Standorten, die die Sollvorgabe unterschreiten, wurden Covid-bedingte Einschränkungen als Begründung aufgeführt. Alle drei Zentren erfüllen auch nicht die Vorgabe für die Gesamtfallzahl. Für einen Standort wurde im Audit eine Abweichung ausgesprochen.

6b. Nicht Primärfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Nicht Primärfälle	23	5 - 295	5720
	Keine Sollvorgabe			



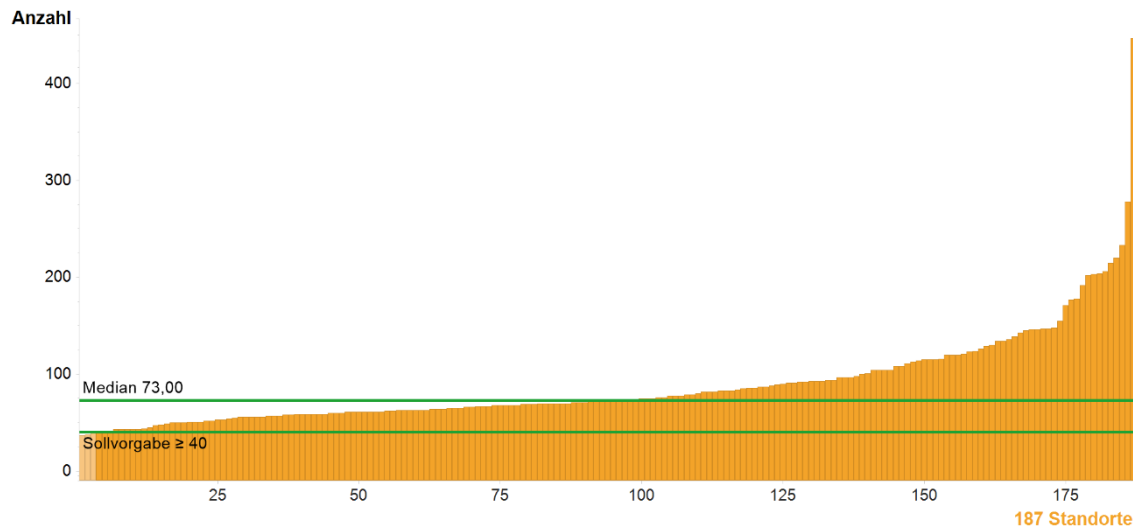
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	297,00	309,00	320,00	294,00	295,00
95. Perzentil	104,20	97,90	84,60	73,20	69,10
75. Perzentil	39,00	39,00	37,00	34,00	30,00
Median	27,00	26,00	25,00	24,00	23,00
25. Perzentil	19,00	20,00	20,00	17,00	17,50
5. Perzentil	11,00	12,00	11,00	11,80	11,00
● Min	6,00	5,00	7,00	5,00	5,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
187	100,00%	-----	-----

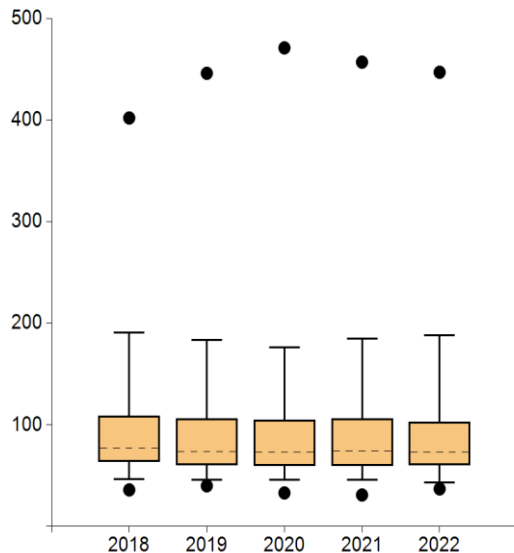
Anmerkungen:

Im Behandlungsjahr 2022 wurden 5.720 Nicht Primärfälle in den Gynäkologischen Krebszentren behandelt. Der Trend zu geringeren Fallzahlen hat sich auf nahezu gesamter Spannweite weiter fortgesetzt; der Median liegt bei 23 Nicht Primärfällen pro Zentrum.

7. Operative Fälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Fälle	73	37 - 447	16633
	Sollvorgabe ≥ 40			



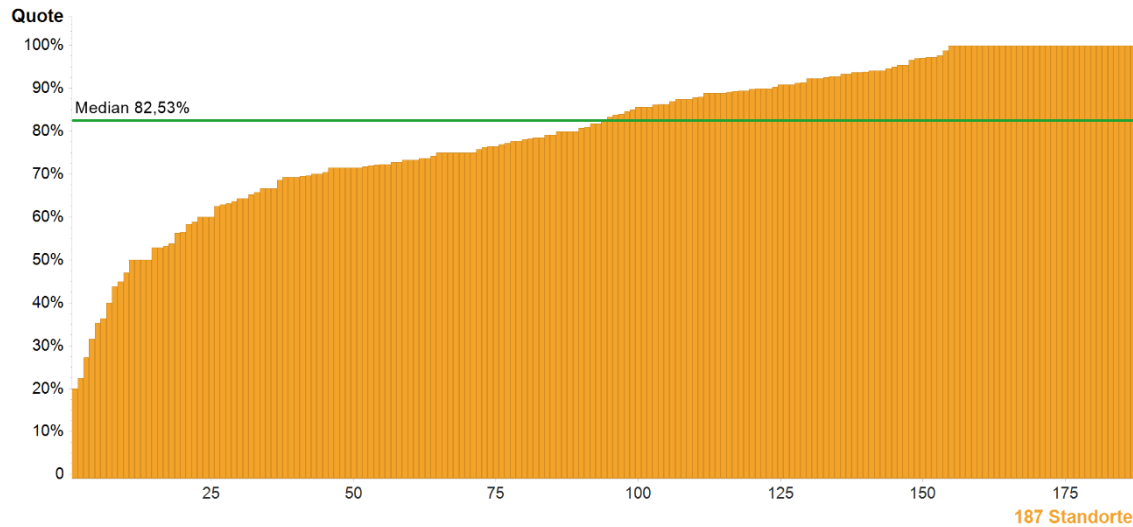
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	402,00	446,00	471,00	457,00	447,00
95. Perzentil	190,80	183,55	176,00	184,80	187,80
75. Perzentil	109,00	106,00	105,00	106,00	102,50
Median	77,00	73,50	73,00	74,00	73,00
25. Perzentil	64,00	60,25	60,00	60,00	60,50
5. Perzentil	46,40	46,05	46,00	45,80	43,00
● Min	36,00	40,00	33,00	31,00	37,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
187	100,00%	184	98,40%

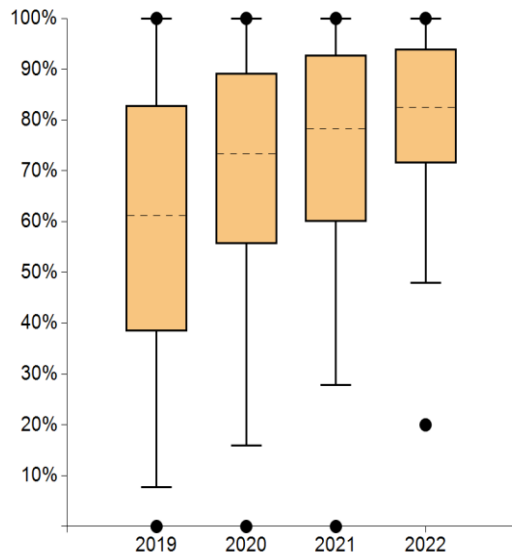
Anmerkungen:

98,4% der Standorte haben die Sollvorgabe von mind. 40 operativen Fällen erfüllt; der Median liegt mit 73 auf dem Niveau der Vorjahre. 3 Zentren haben die Sollvorgabe mit 37, 38 bzw. 39 operativen Fällen knapp verfehlt.. Begründet wurde dies u.a. durch Personalknappheit (z.B. OP-Personal). An qualitätsverbessernden Maßnahmen wurden an zwei der Standorte Zuweiser-Vorträge, Qualitätszirkel und Pat.-Veranstaltungen organisiert. Für einen Standort wurde im Audit eine Abweichung ausgesprochen.

8. Angebot zur genetischen Testung (LL Ovar QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Angebot genetischer Testung	16*	2 - 189	3890
Nenner	Primärfälle Ovarialkarzinom	19*	7 - 229	4717
Quote	Keine Sollvorgabe	82,53%	20,00% - 100%	82,47%**



	2018	2020	2021	2022
● Max	-----	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	82,86%	89,19%	92,86%
Median	-----	61,11%	73,33%	78,26%
25. Perzentil	-----	38,46%	55,56%	60,00%
5. Perzentil	-----	7,69%	15,90%	27,86%
● Min	-----	0,00%	0,00%	20,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
187	100,00%	-----	-----

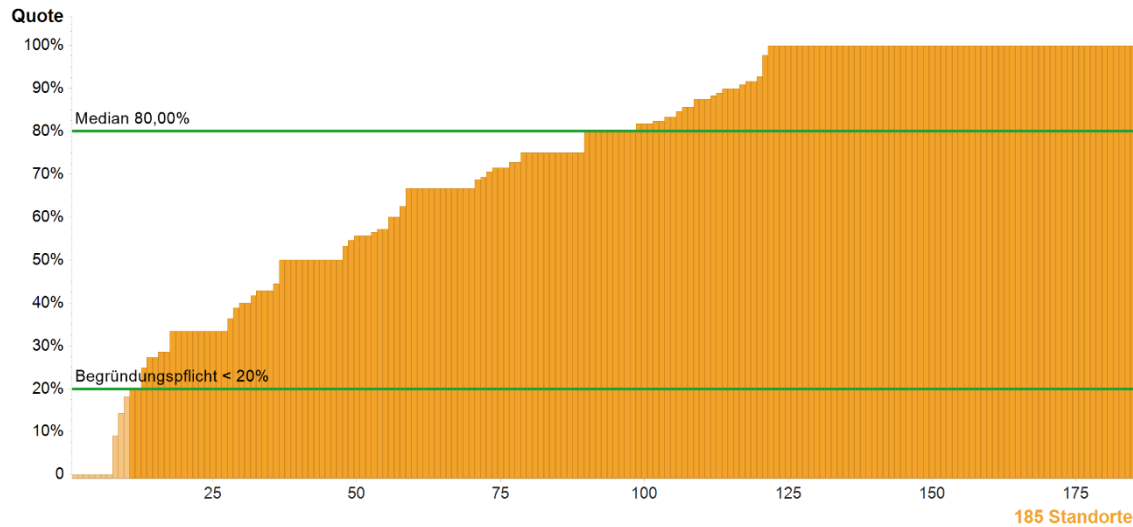
Anmerkungen:

Der Erfüllungsgrad des QI zur Erfassung des Angebotes zur genetischen Testung bei Pat. mit Erstdiagnose Ovarialkarzinom zeigt mit kontinuierlichem Anstieg auf gesamter Spannweite weiterhin eine positive Entwicklung. Im Kennzahlenjahr 2022 wurde 82,5% aller Primärfälle eine Testung angeboten; an 33 von 187 Standorten wurde ausnahmslos allen Primärfällen mit Ovarialkarzinom ein solches Angebot unterbreitet.

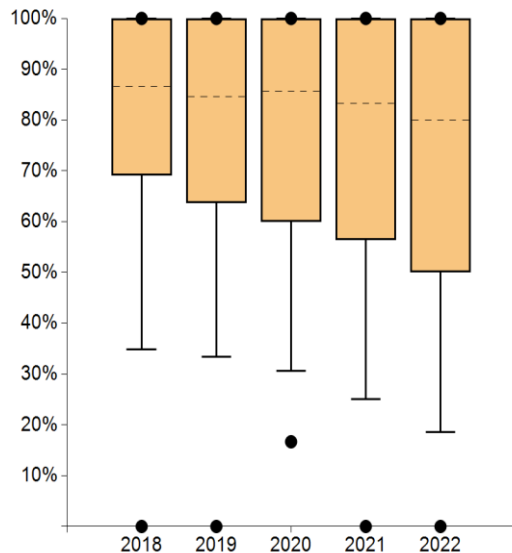
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

9. Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit operativem Staging (Def. siehe Kennzahlenbogen)	4*	0 - 44	971
Nenner	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO I – IIIA	6*	1 - 51	1318
Quote	Begründungspflicht*** <20%	80,00%	0,00% - 100%	73,67%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	86,61%	84,62%	85,71%	83,33%	80,00%
25. Perzentil	69,17%	63,64%	60,00%	56,35%	50,00%
5. Perzentil	34,79%	33,33%	30,59%	25,00%	18,54%
● Min	0,00%	0,00%	16,67%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
185	98,93%	175	94,59%

Anmerkungen:

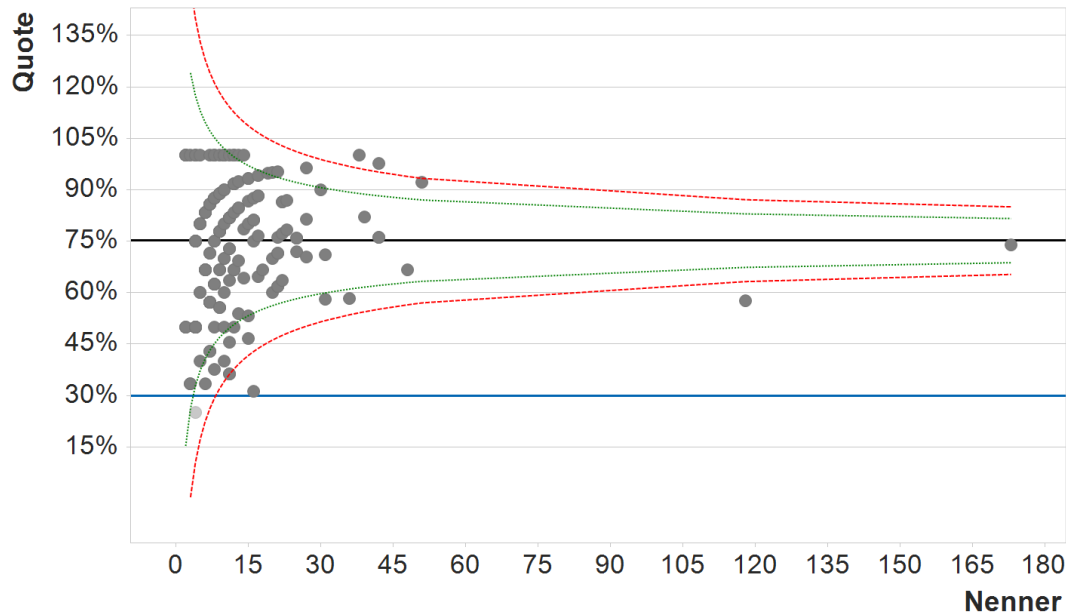
Der Median für den QI operatives Staging bei operativen Primärfällen mit Ovarialkarzinom FIGO I-IIIa ist über die Jahre weiterhin leicht rückläufig. 10 Zentren liegen unterhalb einer Quote von 20%. Begründet haben die Zentren dies mit dem Alter, relevanten Komorbiditäten oder der Ablehnung durch die Patientinnen. 7 Zentren haben bei Nennern bis max. 4 Patientinnen bei keiner Patientin ein operatives Staging durchgeführt.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

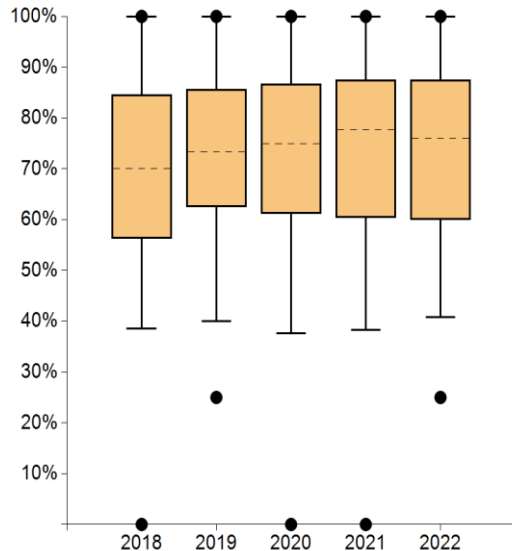
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

10. Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit makroskopisch vollständiger Resektion	7*	1 - 128	1916
Nenner	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV	10*	2 - 173	2549
Quote	Sollvorgabe $\geq 30\%$	76,00%	25,00% - 100%	75,17%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	84,62%	85,71%	86,67%	87,50%	87,50%
Median	70,00%	73,33%	75,00%	77,78%	76,00%
25. Perzentil	56,25%	62,50%	61,16%	60,42%	60,00%
5. Perzentil	38,50%	40,00%	37,63%	38,27%	40,86%
● Min	0,00%	25,00%	0,00%	0,00%	25,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
187	100,00%	186	99,47%

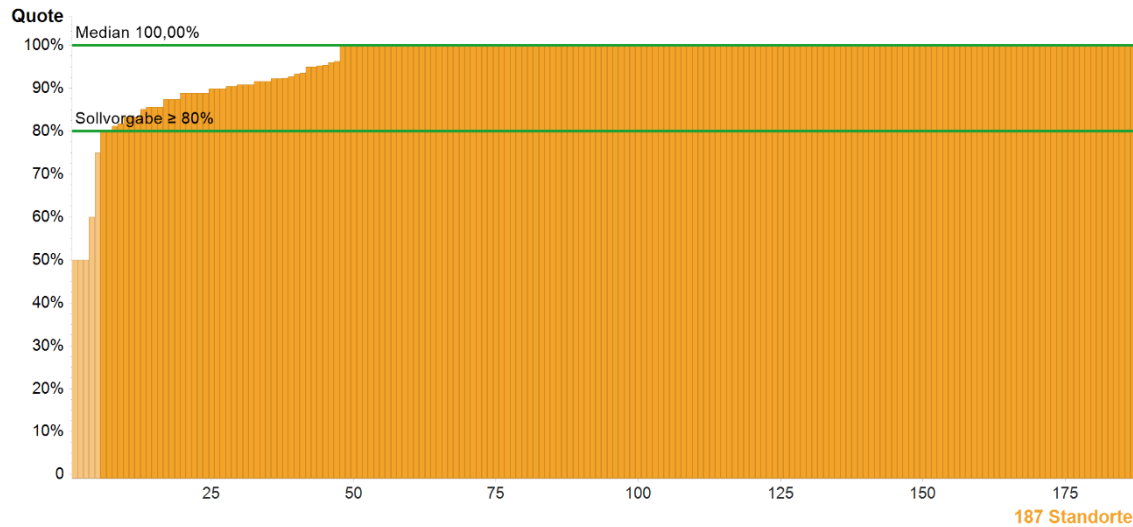
Anmerkungen:

99,5% der Standorte erfüllen die Sollvorgabe für diesen LL-QI. 1 Zentrum liegt mit seinen Ergebnissen unterhalb der Sollvorgabe. Hier wurde die Begründung (weit fortgeschrittene Befunde) im Audit plausibel und nachvollziehbar dargelegt.

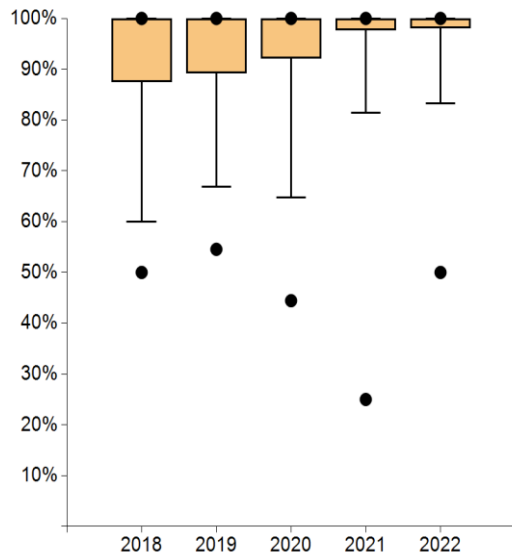
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

11. Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom durch Gynäkoonkologen (LL Ovar QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, deren definitive operative Therapie durch einen Gynäkoonkologen durchgeführt wurde	9*	1 - 173	2471
Nenner	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV nach Abschluss der operativen Therapie	10*	2 - 173	2549
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	100%	50,00% - 100%	96,94%**



	2018	2021	2022
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%
25. Perzentil	87,50%	89,17%	92,15%
5. Perzentil	60,00%	66,82%	64,70%
● Min	50,00%	54,55%	44,44%

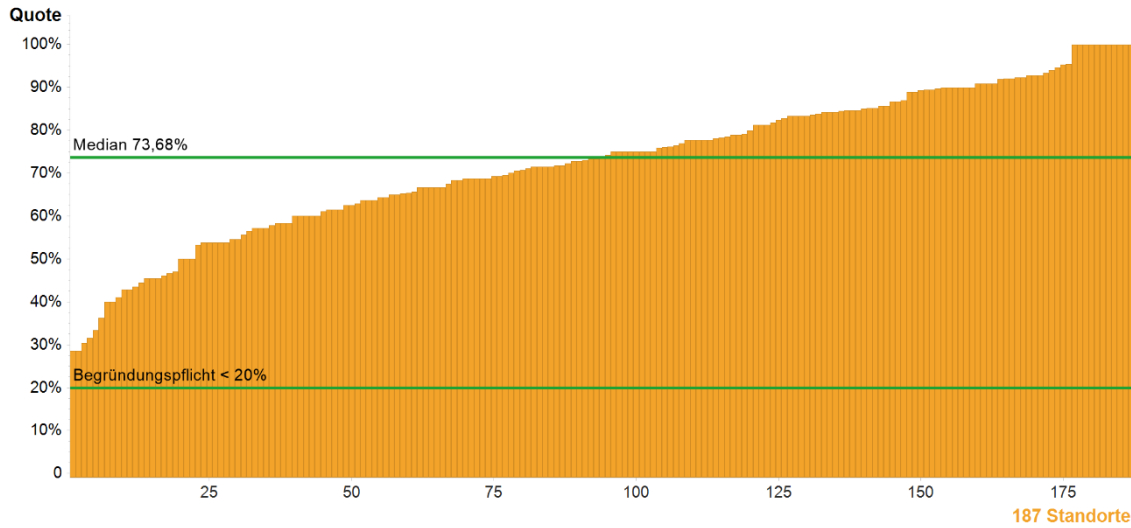
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
187	100,00%	182	97,33%

Anmerkungen:

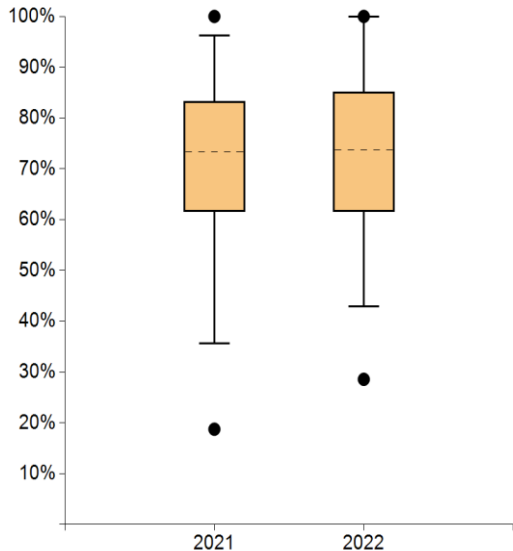
Wie in den Vorjahren wird der LL-QI sehr gut umgesetzt. Dies spiegelt sich bis in die 5. Perzentile wider. 5 Standorte (Vorjahr n= 7) haben die Sollvorgabe unterschritten. Als Begründungen wurde u.a. der Krankheits-bedingte Ausfall der Schwerpunktinhaber*innen angegeben. Die Operationen wurde in den meisten Fällen durch FÄ übernommen, die die Ausbildung zum SP Gynäkoonkologen komplettiert haben, jedoch zum Zeitpunkt der OP noch auf einen Prüfungstermin warteten.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

13. First-Line Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit First-Line Chemotherapie mit Carboplatin u. Paclitaxel	11*	2 - 188	2872
Nenner	Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIA-IV	15*	5 - 197	3882
Quote	Begründungspflicht*** $<20\%$	73,68%	28,57% - 100%	73,98%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	-----	-----	100%	100%
95. Perzentil	-----	-----	-----	96,24%	100%
75. Perzentil	-----	-----	-----	83,33%	85,10%
Median	-----	-----	-----	73,33%	73,68%
25. Perzentil	-----	-----	-----	61,54%	61,54%
5. Perzentil	-----	-----	-----	35,60%	42,86%
● Min	-----	-----	-----	18,75%	28,57%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
187	100,00%	187	100,00%

Anmerkungen:

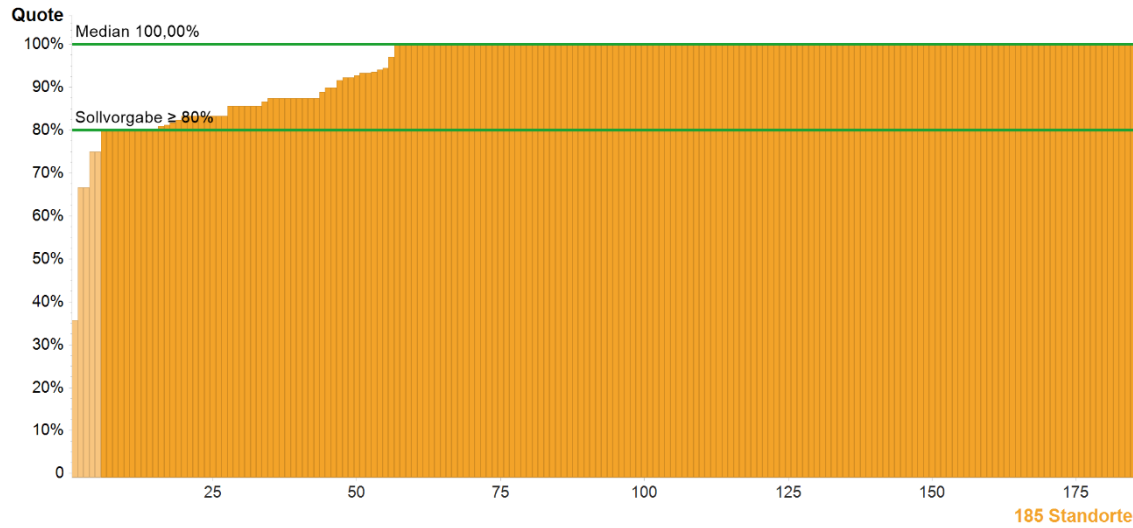
Nach Update des LL-QI (Änderung des Stadiums und Wegfalls der Dosierung der Chemotherapie) waren die Angaben im Kennzahlenjahr 2021 noch freiwillig. Für das Kennzahlenjahr 2022 können nun die Daten von allen Standorten ausgewertet werden. Insgesamt haben 2.872 der in Frage kommenden Patientinnen eine First-Line Chemotherapie mit Carboplatin und Paclitaxel erhalten (ca. 74%). Alle Zentren liegen innerhalb der Plausibilitätsgrenzen.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

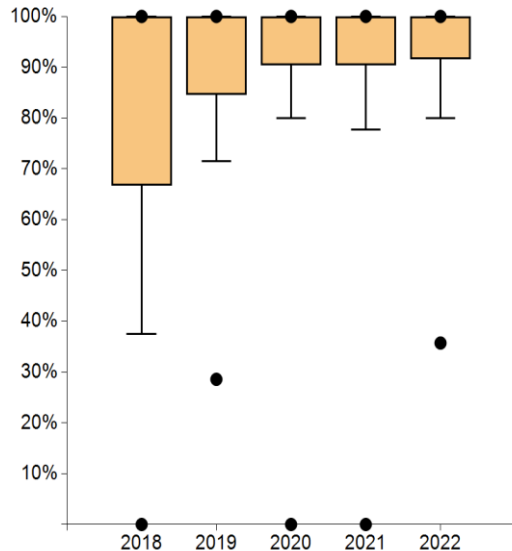
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

14. Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (LL Zervix QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit vollständigen Angaben im Befundbericht (Def. siehe Kennzahlenbogen)	7*	1 - 34	1543
Nenner	Operative Primärfälle Zervixkarzinom und Tumorresektion	7*	1 - 40	1641
Quote	Sollvorgabe $\geq 80\%$	100%	35,71% - 100%	94,03%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	66,67%	84,62%	90,36%	90,48%	91,67%
5. Perzentil	37,50%	71,43%	80,00%	77,78%	80,00%
● Min	0,00%	28,57%	0,00%	0,00%	35,71%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
185	98,93%	180	97,30%

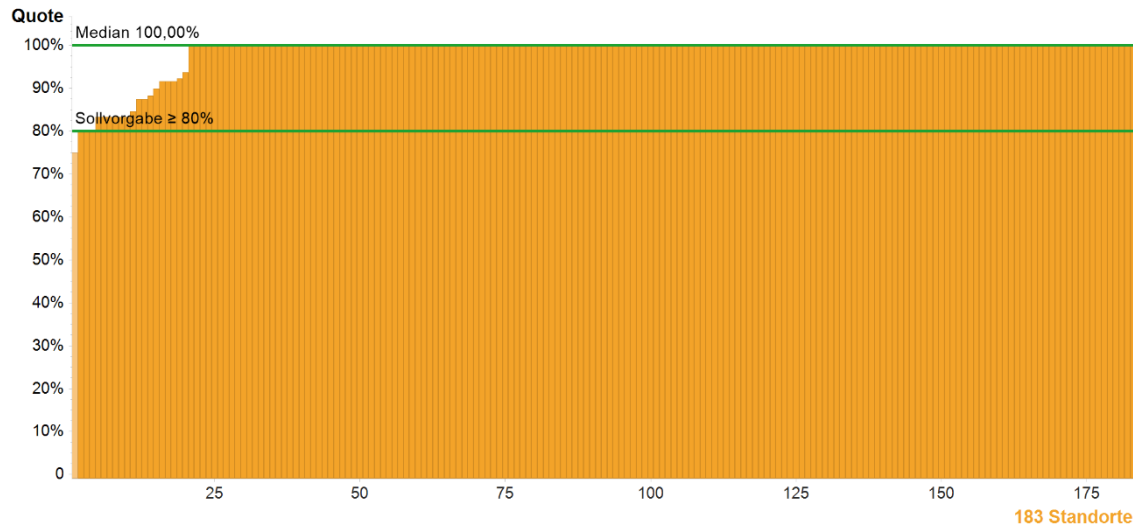
Anmerkungen:

180 von 185 Standorten (97,3%) erfüllen die Sollvorgabe (Vorkennzahlenjahr 93,8%). 5 Standorte bleiben unter 80%. Als Begründungen für nicht vollständige Berichte wurden eine externe Befundung oder die fehlende externe Vorbefunde für die 3D-Größenbestimmung genannt.

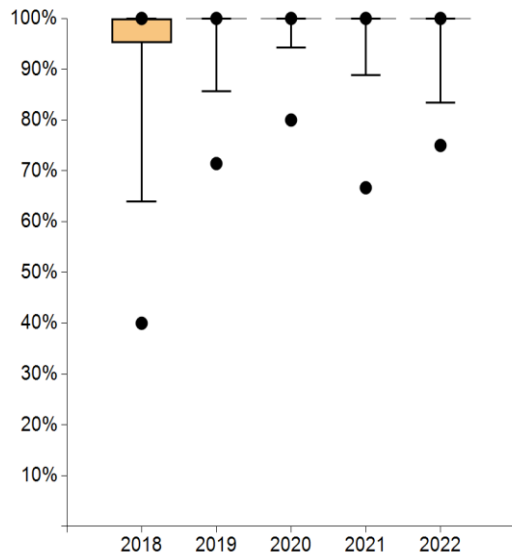
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

15. Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie (LL Zervix QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Operative Fälle des Nenners mit vollständigen Angaben im Befundbericht (Def. siehe Kennzahlenbogen)	5*	1 - 30	1144
Nenner	Operative Fälle Zervixkarzinom und Lymphonodektomie	5*	1 - 32	1169
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	100%	75,00% - 100%	97,86%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	95,21%	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil	63,96%	85,71%	94,20%	88,89%	83,46%
● Min	40,00%	71,43%	80,00%	66,67%	75,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
183	97,86%	182	99,45%

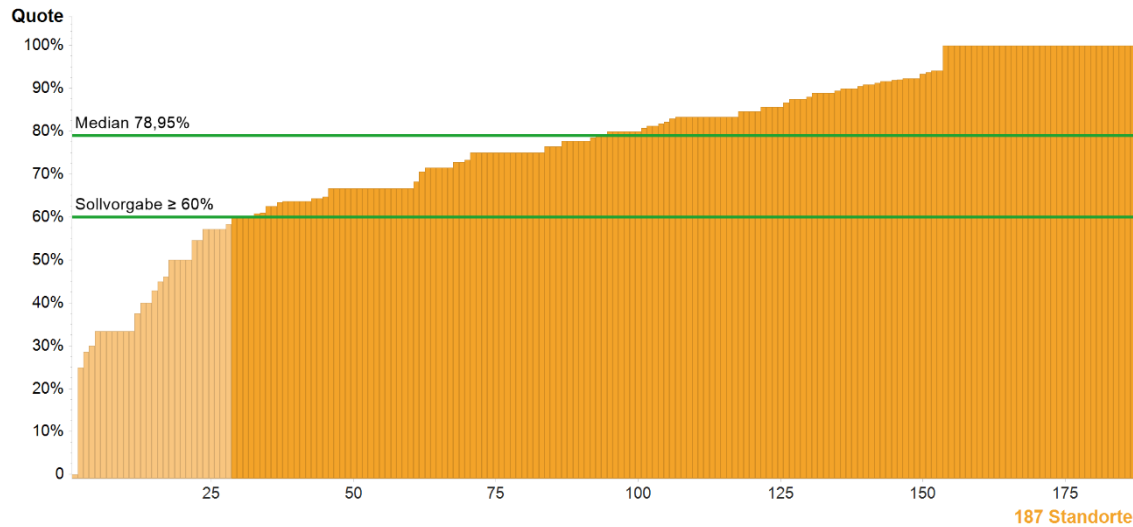
Anmerkungen:

Für diesen LL-QI besteht, wie in den Vorjahren, weiterhin ein hoher Erfüllungsgrad. 99% der Standorte erfüllen die Sollvorgabe. 1 von 183 Standorten verfehlt bei niedrigem Nenner (n= 4) die Sollvorgabe.

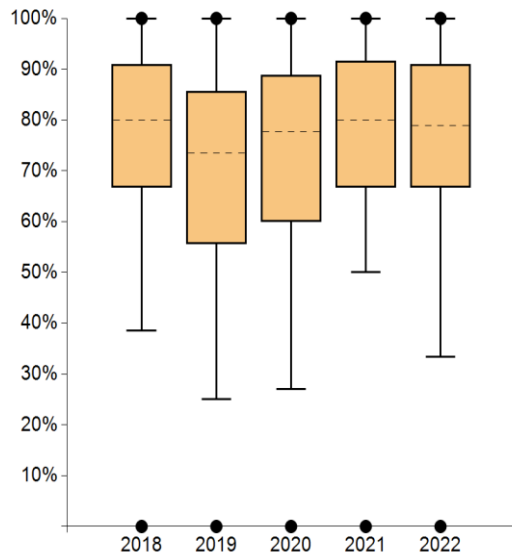
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

16. Zytologisches/ histologisches LK-Staging (LL Zervix QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit zytologischem/histologischem LK-Staging	7*	0 - 34	1659
Nenner	Primärfälle Zervixkarzinom FIGO Stadium \geq IA2-IVA	9*	2 - 41	2114
Quote	Sollvorgabe \geq 60%	78,95%	0,00% - 100%	78,48%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	90,91%	85,71%	88,89%	91,67%	90,91%
Median	80,00%	73,51%	77,78%	80,00%	78,95%
25. Perzentil	66,67%	55,56%	60,00%	66,67%	66,67%
5. Perzentil	38,50%	25,11%	27,00%	50,00%	33,33%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

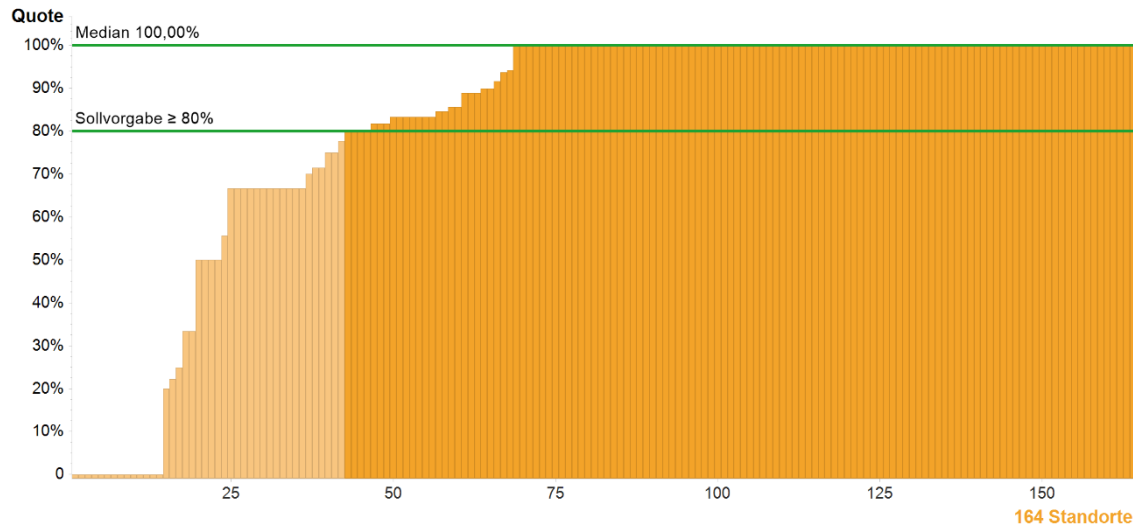
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
187	100,00%	159	85,03%

Anmerkungen:

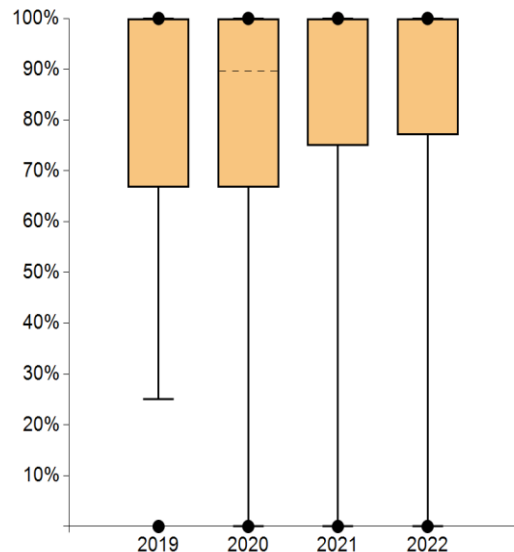
85% der Standorte haben die Sollvorgabe bei diesem LL-QI erfüllt (Vorjahr 91%). 28 Standorte hatten Quoten < 60%. Begründungen für das fehlende Staging waren bestehende Komorbiditäten (12 Nennungen), ein hohes Alter (5x), Ablehnung durch die Patientinnen (9x), ein zeitnaher Beginn einer Radio-/Chemotherapie (12x) und/oder bereits dem bildgebenden Nachweis eines LK-Befalls (8x). Diese wurde überwiegend in den Audits als plausibel und nachvollziehbar bewertet. Es wurden keine Abweichungen in den Audits ausgesprochen.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

17. Brachytherapie als Bestandteil prim. Radio(chemo)therapie



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, bei denen eine Brachytherapie als Bestandteil der primärer Radio(chemo)therapie durchgeführt wurde	3*	0 - 33	608
Nenner	Primärfälle mit Zervixkarzinom und primärer Radio(chemo)therapie, ohne prim. Fernmetastasen	3*	1 - 35	724
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	100%	0,00% - 100%	83,98%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
Median	-----	100%	89,59%	100%	100%
25. Perzentil	-----	66,67%	66,67%	75,00%	77,09%
5. Perzentil	-----	25,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	-----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
164	87,70%	122	74,39%

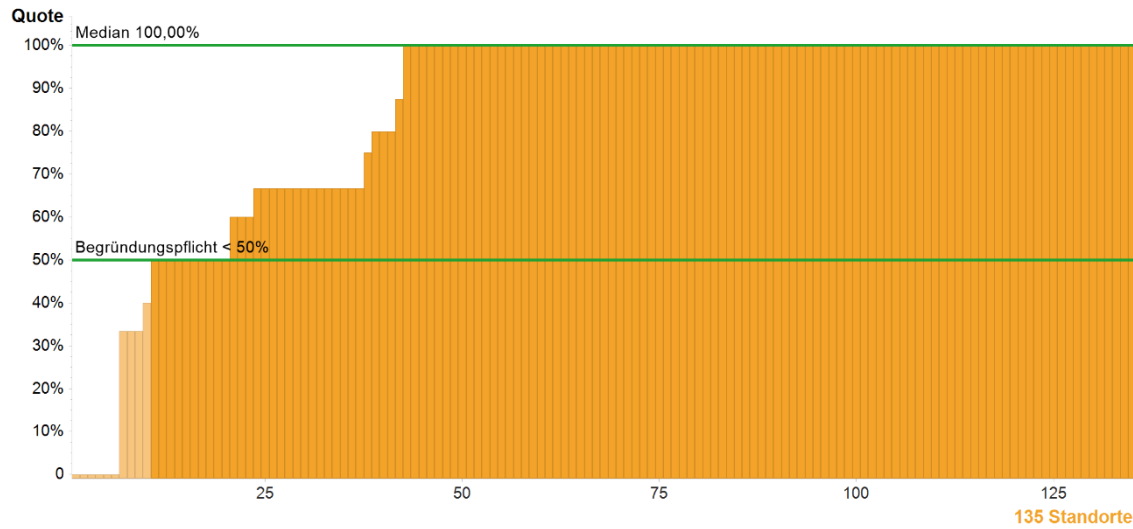
Anmerkungen:

Wie im Vorjahr erfüllen etwa 74% der Standorte die Sollvorgabe für diese Kennzahl. 23 Zentren haben keine Primärfälle des Nenners behandelt, so dass sie bei der Betrachtung der Kennzahl ausgenommen sind. 42 Standorte lagen unter der Sollvorgabe (Vorjahr: idem) Begründungen für die Nicht-Durchführung waren Infiltration der Nachbarorgane bzw. pelviner LK-Befall (11 Nennungen), Ablehnung durch Patientin (14x), technische Durchführung nicht möglich (z.B. wegen Stenosierung; 12x), bestehende Komorbiditäten/schlechter AZ (16x) sowie Tumorprogress/sek. Fernmetastasierung (4x). An 14 Standorten war bei keiner der in Frage kommenden Patientinnen die Brachytherapie Bestandteil einer primären Radio(chemo)therapie (Zähler= 0). Der Nenner in diesen Zentren betrug max. 4 Pat.. Die Ergebnisse wurden in den Audits plausibilisiert.

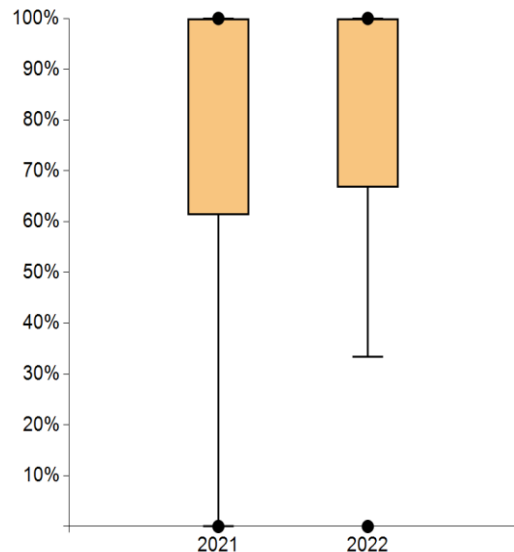
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

18. Histologische Sicherung Lokalrezidiv (LL Zervix QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit prätherapeutischer histologischer Sicherung	1*	0 - 10	261
Nenner	Pat. mit Zervixkarzinom und Therapie eines Lokalrezidivs	2*	1 - 15	321
Quote	Begründungspflicht*** <50%	100%	0,00% - 100%	81,31%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
75. Perzentil	----	----	----	100%	100%
Median	----	----	----	100%	100%
25. Perzentil	----	----	----	61,25%	66,67%
5. Perzentil	----	----	----	0,00%	33,33%
● Min	----	----	----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
135	72,19%	125	92,59%

Anmerkungen:

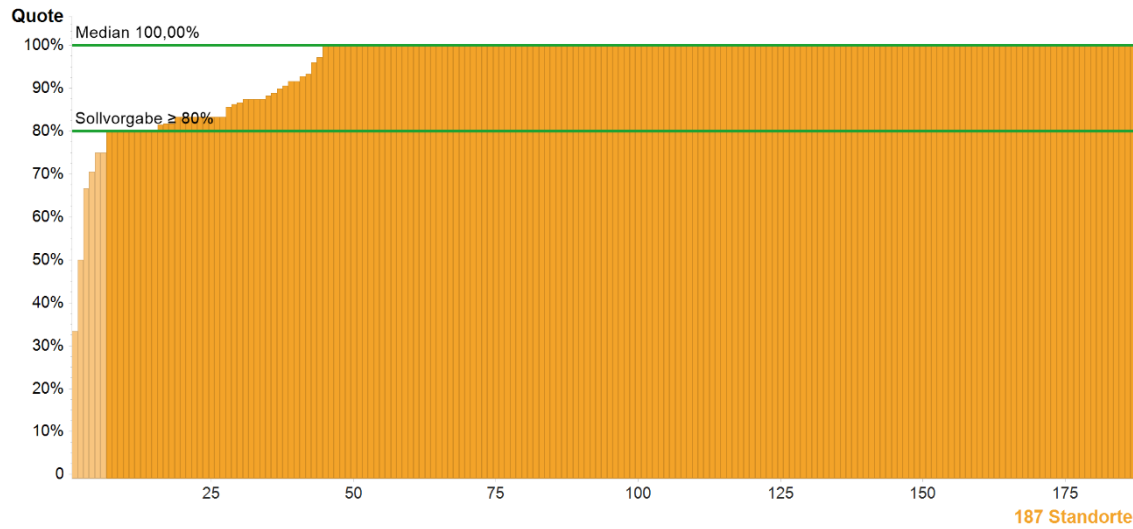
125 der 135 auswertbaren Standorte (ca. 93%) lagen innerhalb der Plausibilitätsgrenzen. An 52 der 187 Standorte wurden im Kennzahlenjahr 2022 keine Patientinnen mit Lokalrezidiv eines Zervixkarzinoms behandelt. 10 Zentren mit max. 5 Patientinnen im Nenner, haben keine prätherapeutische histologische Sicherung des Lokalrezidives durchgeführt. Begründet wurde dies vor allem mit gleichzeitig bestehenden Fernmetastasen, Durchführung von Best Supportive Care oder eindeutigem bildgebenden Nachweis.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

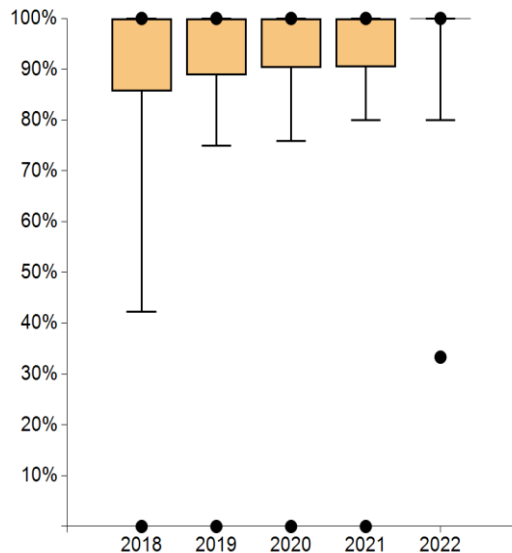
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

19. Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (LL Vulva QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit vollständigen Angaben im Befundbericht (Def. siehe Kennzahlenbogen)	7*	1 - 36	1476
Nenner	Primärfälle Vulvakarzinom mit Tumorresektion	7*	1 - 37	1548
Quote	Sollvorgabe $\geq 80\%$	100%	33,33% - 100%	95,35%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	85,71%	88,89%	90,24%	90,46%	100%
5. Perzentil	42,29%	75,00%	75,83%	80,00%	80,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
187	100,00%	181	96,79%

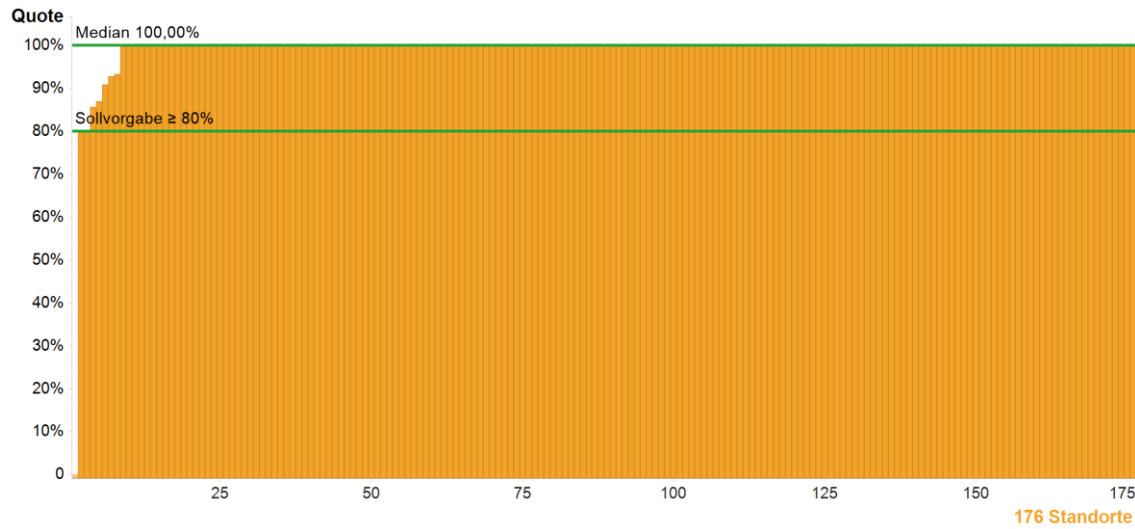
Anmerkungen:

Wie im Vorjahr zeigt sich ein hoher Erfüllungsgrad bei diesem LL-QI: 97% der Standorte erfüllen die Sollvorgabe. 6 Standorte haben Quoten $< 80\%$. Die Begründungen der Zentren wurden durch die Fachexperten als plausibel beschrieben: u.a. keine LNE durchgeführt wegen Multimorbidität, keine dreidimensionale Messung der Ausdehnung möglich bei kleinem Tumor, Vorliegen eines Basalzellkarzinoms. Dem 1x genannten ursächlichen Personalwechsel im Bereich der Pathologie wurde durch Initiierung von Schulungsmaßnahmen/ Q-Zirkeln begegnet.

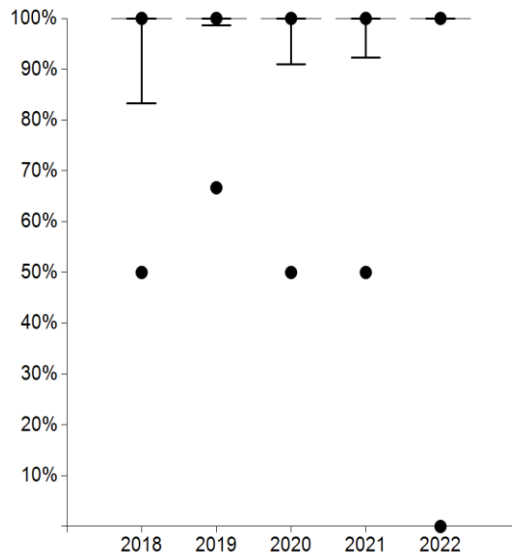
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

20. Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie (LL Vulva QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit vollständigen Angaben im Befundbericht (Def. siehe Kennzahlenbogen)	4*	0 - 24	877
Nenner	Primärfälle Vulvakarzinom mit Lymphonodektomie	4*	1 - 24	889
Quote	Sollvorgabe \geq 80%	100%	0,00% - 100%	98,65%**



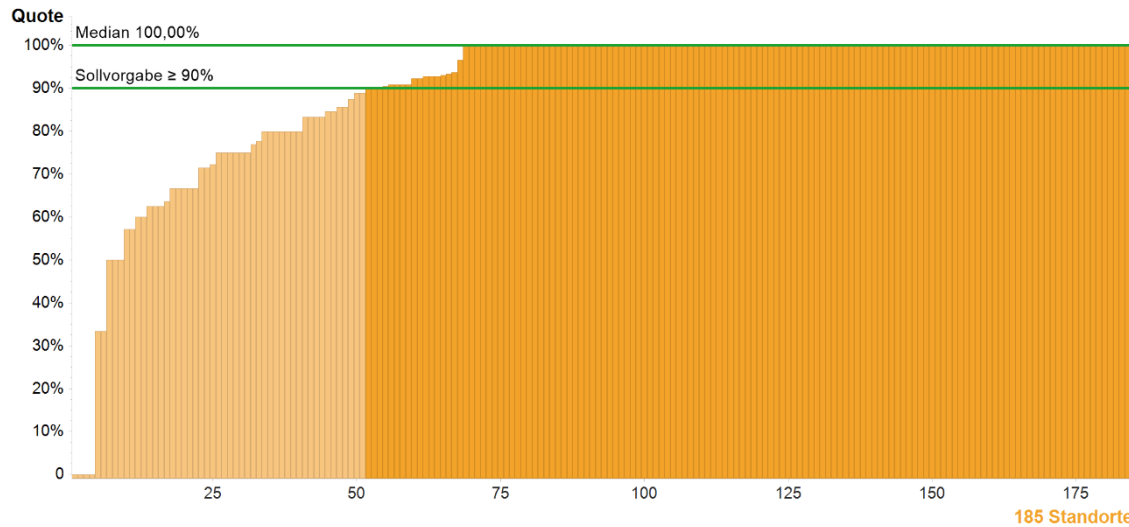
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil	83,33%	98,69%	90,91%	92,28%	100%
● Min	50,00%	66,67%	50,00%	50,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
176	94,12%	175	99,43%

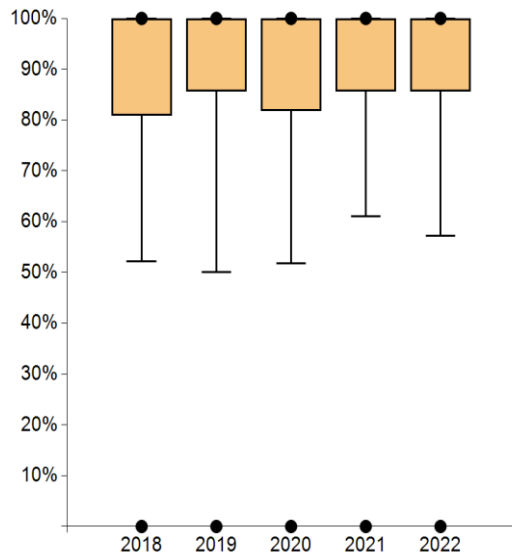
Anmerkungen:
 Der Leitlinien-QI wird nahezu vollständig umgesetzt: Weiterhin erfüllen etwa 99% der Standorte die Sollvorgabe. 1 Standort unterschreitet die Sollvorgabe. Dies konnte im Audit schlüssig begründet und dargelegt werden.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

21. Durchführung inguinofemorales Staging (LL Vulva QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit operativem Staging (systematische Lymphonodektomie und/oder Sentinel Verfahren) der inguinofemorale Lymphknoten	5*	0 - 28	1131
Nenner	Primärfälle Vulvakarzinom ≥ pT1b (ohne Basalzellkarzinom u. ohne verruköses Karzinom)	5*	1 - 29	1240
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	0,00% - 100%	91,21%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	80,91%	85,71%	81,82%	85,71%	85,71%
5. Perzentil	52,14%	50,00%	51,79%	61,00%	57,14%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
185	98,93%	134	72,43%

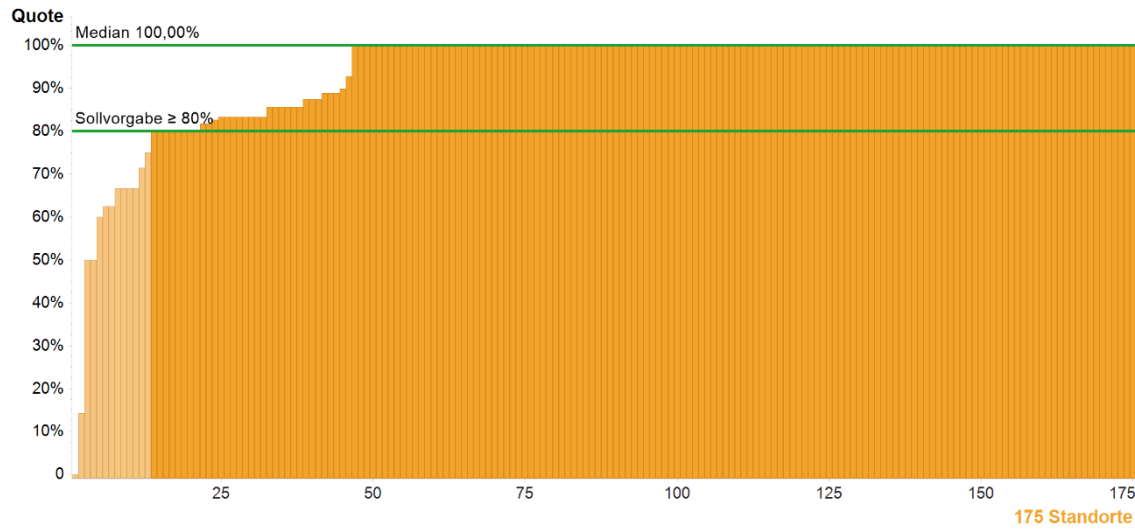
Anmerkungen:

Etwa 72% der Standorte erfüllen die Sollvorgabe (Vorkennzahlenjahr 67%). Als Begründungen für das Unterschreiten der Sollvorgabe werden das Alter der Patientin in Verbindung mit Komorbiditäten genannt (38 Nennungen), die Ablehnung durch die Patientin (19x) oder die Durchführung einer palliativen Bestrahlung anstelle einer OP (7x).

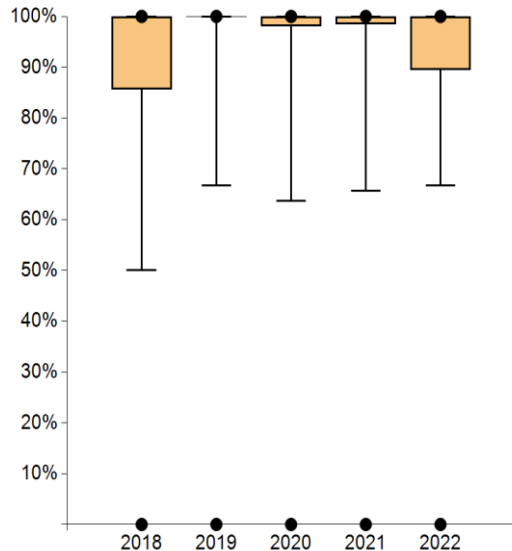
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

22. Sentinel Lymphknoten Biopsie (LL Vulva QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit den beschrieb. Merkmalen bei durchgeführter Sentinel-OP (Def. siehe Kennzahlenbogen)	3*	0 - 26	777
Nenner	Primärfälle Vulvakarzinom und Sentinel-Lymphknotenbiopsie	4*	1 - 28	861
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	100%	0,00% - 100%	90,24%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	85,71%	100%	98,08%	98,47%	89,45%
5. Perzentil	50,00%	66,67%	63,64%	65,67%	66,67%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
175	93,58%	162	92,57%

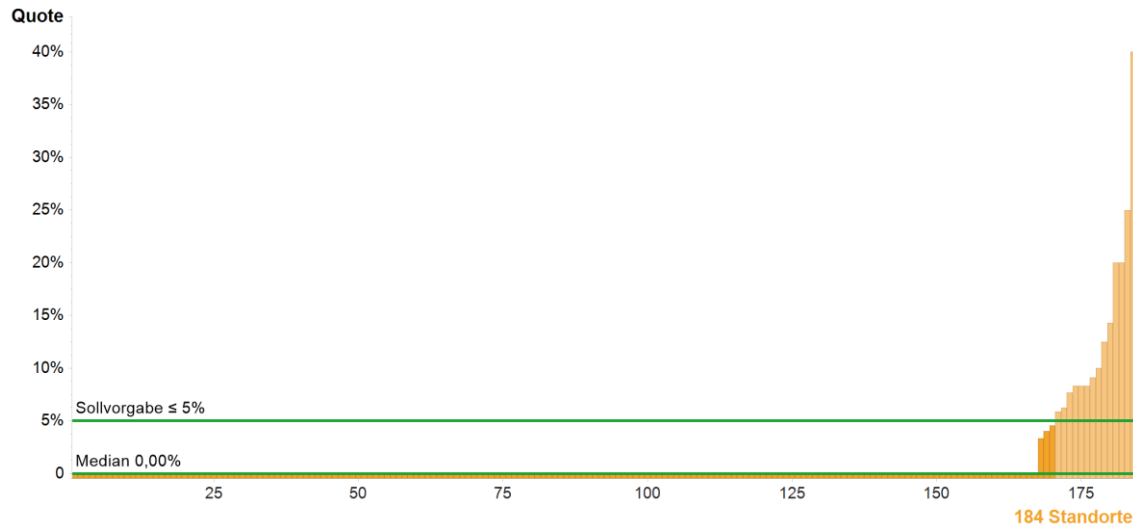
Anmerkungen:

Der QI wird weiterhin sehr gut umgesetzt. In 74% der Zentren (n= 129) haben ausnahmslos alle Pat, bei denen eine SNB erfolgte, die geforderten Merkmale vorgelegen; 93% der Zentren haben die Sollvorgabe erfüllt. Die 13 Zentren mit Quoten < 80% begründeten dies insbesondere mit Diskrepanzen zwischen klinischer u. postoperativer Tumorgröße und SNB als kleinstmöglichem Eingriff zur Sicherung eines LK-Befalls bei Ko-Morbidität/ hohem Alter und bei Ablehnung einer systematischen LNE durch die Pat..

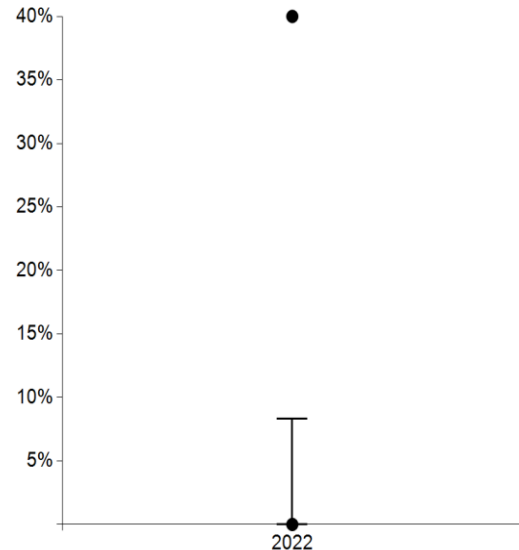
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

23. Keine systematische Lymphadenektomie bei Endometriumkarzinom c/pT1a, G1/G2, cN0, LVSI neg. (LL Endometrium QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit systematischer LNE	0*	0 - 2	18
Nenner	Primärfälle Endometriumkarzinom c/pT1a, G1/G2, cN0, LVSI neg.	9*	1 - 30	1794
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	0,00%	0,00% - 40,00%	1,00%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	-----	-----	-----	40,00%
95. Perzentil	-----	-----	-----	-----	8,33%
75. Perzentil	-----	-----	-----	-----	0,00%
Median	-----	-----	-----	-----	0,00%
25. Perzentil	-----	-----	-----	-----	0,00%
5. Perzentil	-----	-----	-----	-----	0,00%
● Min	-----	-----	-----	-----	0,00%

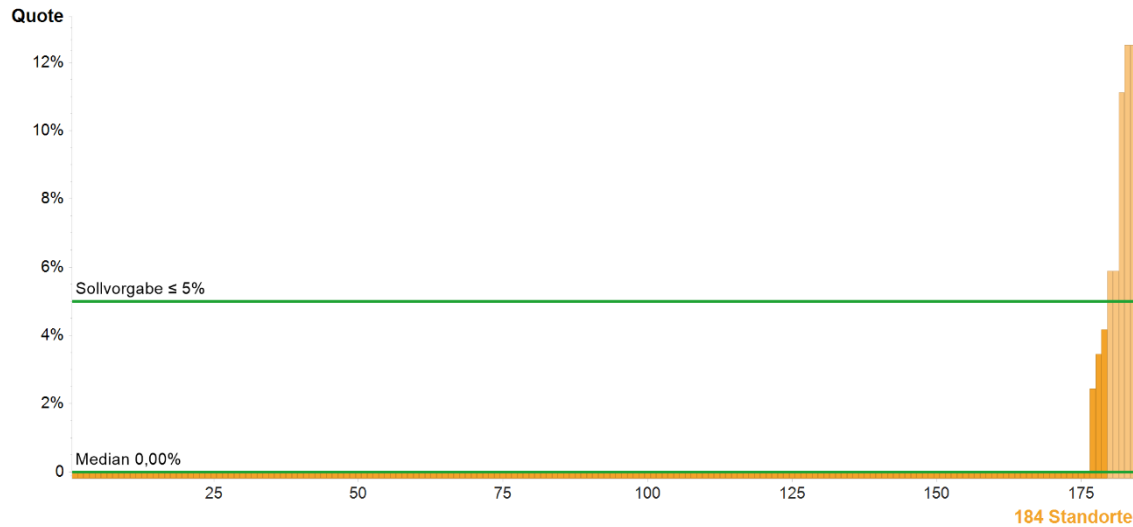
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
184	98,40%	170	92,39%

Anmerkungen:

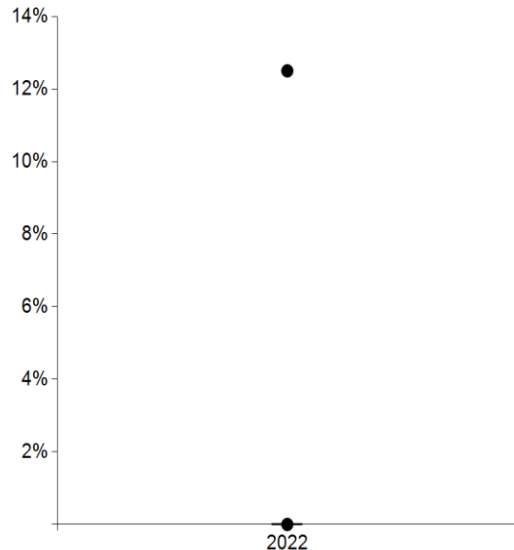
Nach Modifikation des LL-QI erfüllen > 92% der Zentren die Sollvorgabe von ≤ 5%. Die Gesamtquote liegt bei 1%, der Median bei 0%. In 167 Zentren (= 91%) erfolgte bei keinem einzigen Primärfall des Nenners eine systematische LNE. In 13 von 14 Zentren mit auffälliger Quote erhielt jeweils 1 Pat. eine systematische LNE, sodass bei kleinem Nenner die Sollvorgabe überschritten wurde. Im Zentrum mit einer Quote von 40% wurden in 1 von 5 Primärfällen aufgrund eines Gradings von G3 im Abradat (abschließende Beurteilung G1) und einer p53-Mutation im anderen Fall bei 2 Pat. systematische LNE durchgeführt.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

24. Keine adjuvante Chemotherapie bei endometrioidem o. anderem Typ-I-Endometriumkarzinom pT1a/b, G1 und G2, cN0/pNsn0, p53-wt (LL Endometrium QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit adjuvanter Chemotherapie	0*	0 - 1	8
Nenner	Primärfälle endometrioides oder anderer Typ-I-Endometriumkarzinom (ICD-O: 8380/3, 8570/3, 8263/3, 8382/3, 8480/3) pT1a/b G1 cN0/pNsn0 p53-wt o. pT1a/b G2 cN0/pNsn0 p53-wt	12*	1 - 41	2506
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	0,00%	0,00% - 12,50%	0,32%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	-----	-----	-----	12,50%
95. Perzentil	-----	-----	-----	-----	0,00%
75. Perzentil	-----	-----	-----	-----	0,00%
Median	-----	-----	-----	-----	0,00%
25. Perzentil	-----	-----	-----	-----	0,00%
5. Perzentil	-----	-----	-----	-----	0,00%
● Min	-----	-----	-----	-----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
184	98,40%	179	97,28%

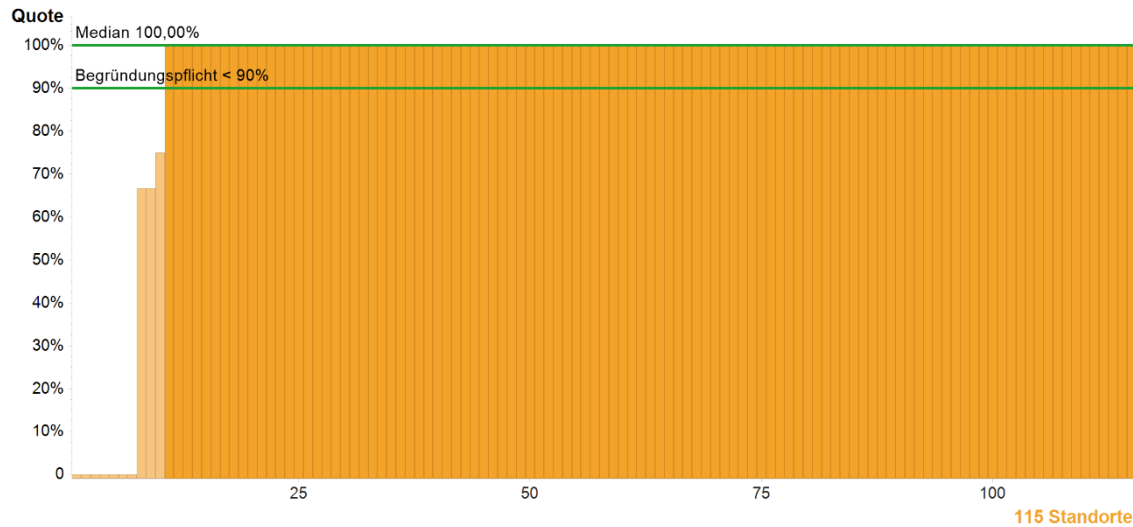
Anmerkungen:

Auch nach LL-Update u. Modifikation des QI (2022) wird diese KeZA weiterhin sehr gut umgesetzt: 97% der Standorte erfüllen die Sollvorgabe. Als Gründe für die Durchführung einer adjuvanten Chemotherapie bei dieser Patientinnengruppe wurde von den Standorten mit Überschreitung der Sollvorgabe folgendes genannt: Therapie gemäß PORTEC III, molekulopathologische Auffälligkeiten (z.B. L1CAM). Die Fachexpert:innen haben die Einzelfälle in den Audits betrachtet und in allen Fällen als plausibel bewertet.

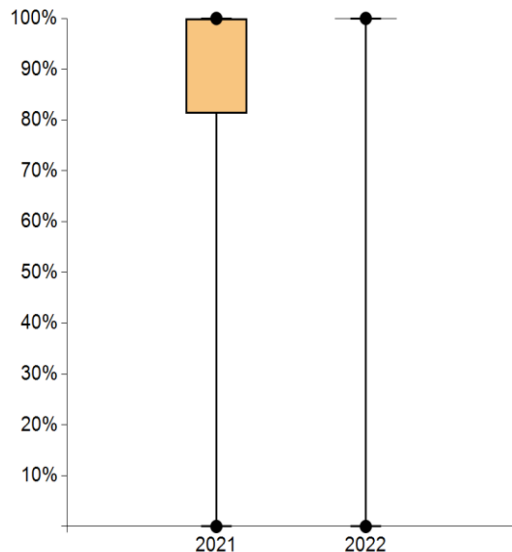
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

25a. Hysterektomie ohne Morcellement bei auf den Uterus beschränktem Sarkom (im Zentrum) (LL Sarkom QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Hysterektomie ohne Morcellement	1*	0 - 6	210
Nenner	Im Zentrum operierte Primärfälle mit auf den Uterus beschränktem Sarkom (ICD-O T C54, C55 iVm Morphologie-Codes Sarkomzentren), M0 mit Hysterektomie	1*	1 - 6	222
Quote	Begründungspflicht*** <90%	100%	0,00% - 100%	94,59%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
75. Perzentil	----	----	----	100%	100%
Median	----	----	----	100%	100%
25. Perzentil	----	----	----	81,25%	100%
5. Perzentil	----	----	----	0,00%	0,00%
● Min	----	----	----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
115	61,50%	105	91,30%

Anmerkungen:

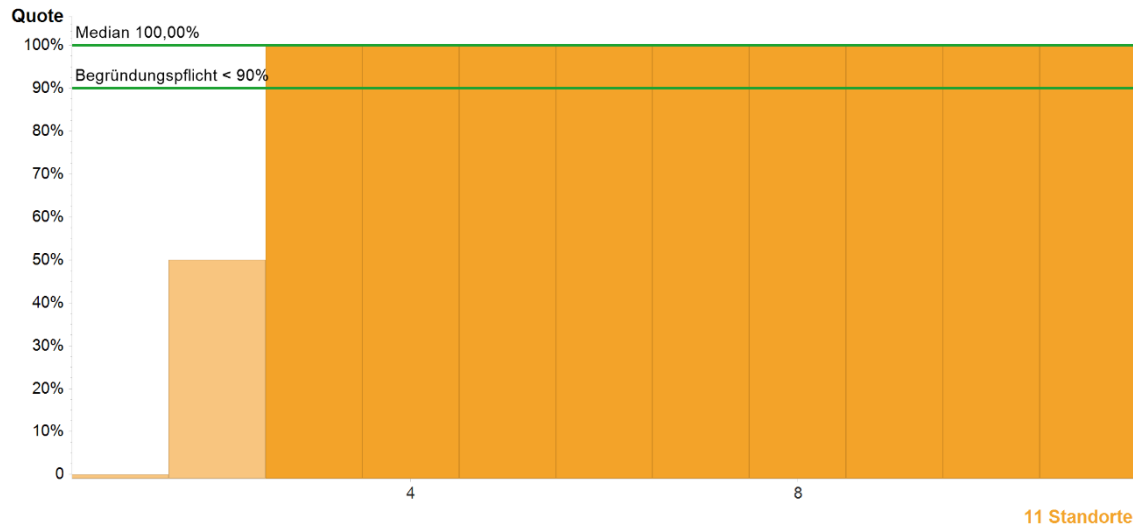
Die KeZa 25 a. u. b. wurden aus der LL Sarkom übernommen und die Angabe war im Kennzahlenjahr 2021 noch freiwillig. Für das Kennzahlenjahr 2022 liegen nun von allen Standorten Daten vor. An 72 Standorten gab es im Kennzahlenjahr kein auf den Uterus beschränktes Sarkom. 105 der 115 Standorte mit auswertbaren Daten lagen innerhalb der Plausibilitätsgrenzen (ca. 91%). Von den begründungspflichtigen Zentren (n= 10) haben 2 Standorte ausschließlich HEs ohne Morcellement durchgeführt (Doku-Fehler). 2 gaben an, Morcellations-Bergebeutel verwendet zu haben und 2 hatten das Morcellement bei Uterus myomatosis ohne Hinweis auf einen malignen Befund durchgeführt.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

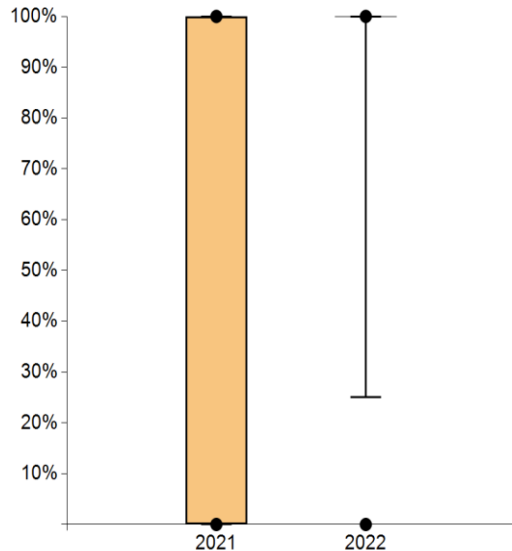
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

25b. Hysterektomie ohne Morcellement bei auf den Uterus beschränktem Sarkom (außerhalb des Zentrums) (LL Sarkom QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Hysterektomie ohne Morcellement	1*	0 - 2	11
Nenner	Außerhalb des Zentrums operierte Primärfälle mit auf den Uterus beschränktem Sarkom (ICD-O T C54, C55 iVm Morphologie-Codes Sarkomzentren), M0 mit Hysterektomie	1*	1 - 3	15
Quote	Begründungspflicht*** <90%	100%	0,00% - 100%	73,33%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
75. Perzentil	----	----	----	100%	100%
Median	----	----	----	100%	100%
25. Perzentil	----	----	----	0,00%	100%
5. Perzentil	----	----	----	0,00%	25,00%
● Min	----	----	----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
11	5,88%	9	81,82%

Anmerkungen:

An 176 Standorten wurde keine Patientin mit den Kriterien des Nenners behandelt.

Von 2 Standorten wurde angegeben, dass ex domo ein Morcellement durchgeführt wurde (n gesamt = 4).

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie u. Geburtshilfe e.V.
Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V.
Zertifizierungskommission Gynäkologische Krebszentren
Matthias W. Beckmann, Sprecher Zertifizierungskommission
Christian Dannecker, Sprecher Zertifizierungskommission
Birgit Klages, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Agnes Bischofberger, OnkoZert
Florina Dudu, OnkoZert

Impressum

Herausgeber und inhaltlich verantwortlich:
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
Tel: +49 (030) 322 93 29 0
Vereinsregister Amtsgericht Charlottenburg,
Vereinsregister-Nr.: VR 27661 B
V.i.S.d.P.: Dr. Johannes Bruns

in Zusammenarbeit mit:
OnkoZert, Neu-Ulm
www.onkozert.de

Version e-A1-de; Stand 10.09.2024

ISBN: 978-3-910336-31-5



9 783910 336315