



Kennzahlenauswertung 2024

Jahresbericht der zertifizierten Magenkrebszentren

Auditjahr 2023 / Kennzahlenjahr 2022

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Magenkrebszentren 2023	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung	8
Kennzahlenauswertungen	9
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle	9
Kennzahl Nr. 1b: Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	10
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung	11
Kennzahl Nr. 3: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv	12
Kennzahl Nr. 4: Postoperative Fallvorstellung	13
Kennzahl Nr. 5: Psychoonkologische Betreuung	14
Kennzahl Nr. 6: Beratung Sozialdienst	15
Kennzahl Nr. 7: Anteil Studienpat.	16
Kennzahl Nr. 8: Endoskopische En-bloc Resektionen (LL QI)	19
Kennzahl Nr. 9: Komplikationen endoskopische En-bloc-Resektion	20
Kennzahl Nr. 10: R0-Resektionen (Endoskopie) (LL QI)	21
Kennzahl Nr. 11: Operative Primärfälle	22
Kennzahl Nr. 12: Anastomoseninsuffizienz Grad III (LL QI)	23
Kennzahl Nr. 13: Revisions-OPs	24
Kennzahl Nr. 14: Postoperative Wundinfektion	25
Kennzahl Nr. 15: Mortalität postoperativ	26
Kennzahl Nr. 16: Vollständiger Pathologiebericht (LL QI)	27
Kennzahl Nr. 17: Ernährungsstatus (LL QI)	28
Kennzahl Nr. 18: Vitamin B12 Substitution nach Gastrektomie (LL QI)	29
Kennzahl Nr. 19: Präoperative Chemotherapie bei lokalisierten Magenkarzinomen (ICD-10 C16.1-16.9) (LL QI)	30
Kennzahl Nr. 20: Präoperative Chemoth. oder Radiochemoth. bei Adenokarzinomen des ösophagogastralen Übergangs cT3 oder cT4, M0	31
Kennzahl Nr. 21: Bestimmung HER-2-Status vor palliativer Tumorthherapie (LL QI)	32
Impressum	33

Hinweis: Im Sinne einer gendergerechten Sprache verwenden wir für die Begriffe „Patientinnen“, „Patienten“, „Patient*innen“ die Bezeichnung „Pat.“, die ausdrücklich jede Geschlechtszuschreibung (weiblich, männlich, divers) einschließt.

Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 10: R0-Resektionen (Endoskopie) (LL QI)
Kennzahl Nr. 11: Operative Primärfälle
Kennzahl Nr. 12: Anastomosensuffizienz Grad III (LL QI)
Kennzahl Nr. 13: Revisions-OPs
Kennzahl Nr. 14: Postoperative Wundinfektion
Kennzahl Nr. 15: Mortalität postoperativ
Kennzahl Nr. 16: Vollständiger Pathologiebericht (LL QI)

Qualitätsindikatoren der Leitlinie (LL QI):

In dem Inhaltsverzeichnis und in den 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

Die Qualitätsindikatoren (QI's) beziehen sich auf die Version 2.0 der S3-LL Diagnostik und Therapie der Adenokarzinome des Magens und ösophagogastralen Übergangs.

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	39*	17 - 75	1781
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	41*	20 - 77	1858
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,93%	77,19% - 100%	95,86%**

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.

Unter **Pat. Gesamt** ist die Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat. angegeben.

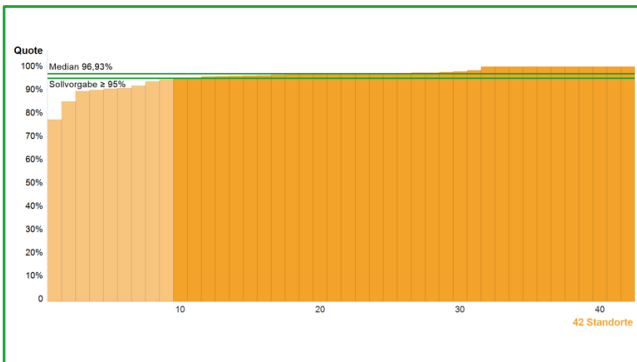
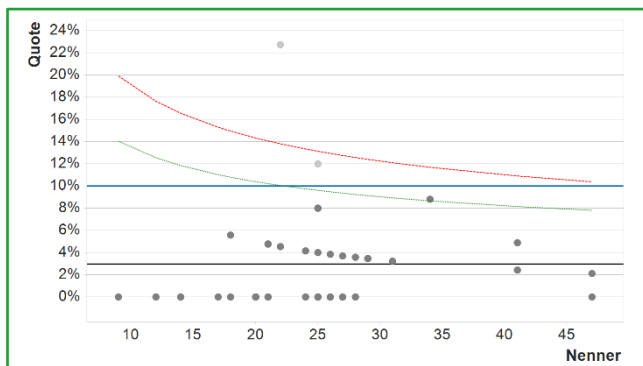


Diagramm:

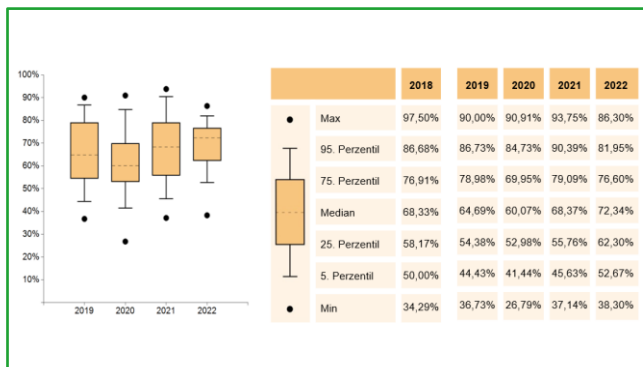
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

Allgemeine Informationen



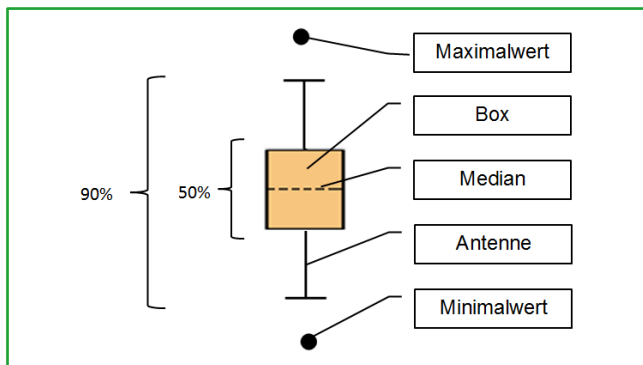
Funnel Plots:

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 Magenkrebszentren 2023

	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018
Laufende Verfahren	4	2	3	3	2	2
Zertifizierte Zentren	43	41	41	36	38	36
Zertifizierte Standorte	43	41	42	38	40	38

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	42	40	40	36	39	33
entspricht	97,7%	97,6%	95,2%	94,7%	97,5%	86,8%

Primärfälle gesamt*	1.858	1.931	1.881	1.655	1.394	1.204
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	44,2	48,3	47,0	45,9	35,7	36,5
Primärfälle pro Standort (Median)*	41	43,5	44,5	43	35	35

* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

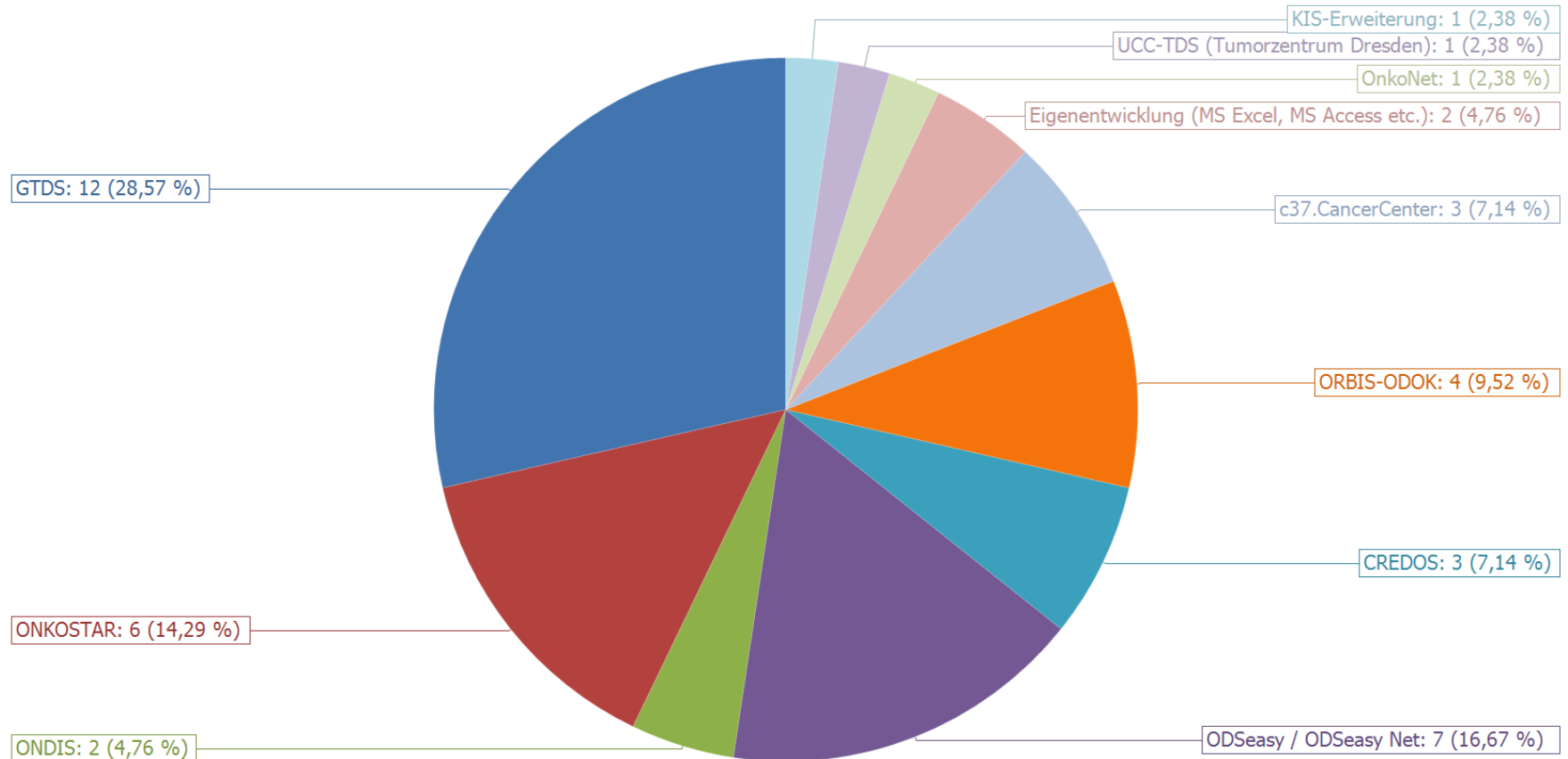
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Magenkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 42 der 43 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Von einem Standort lag zum Datenschluss am 31.01.2024 kein freigegebenes Datenblatt vor.

In 43 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 1.942 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de aufgeführt.

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

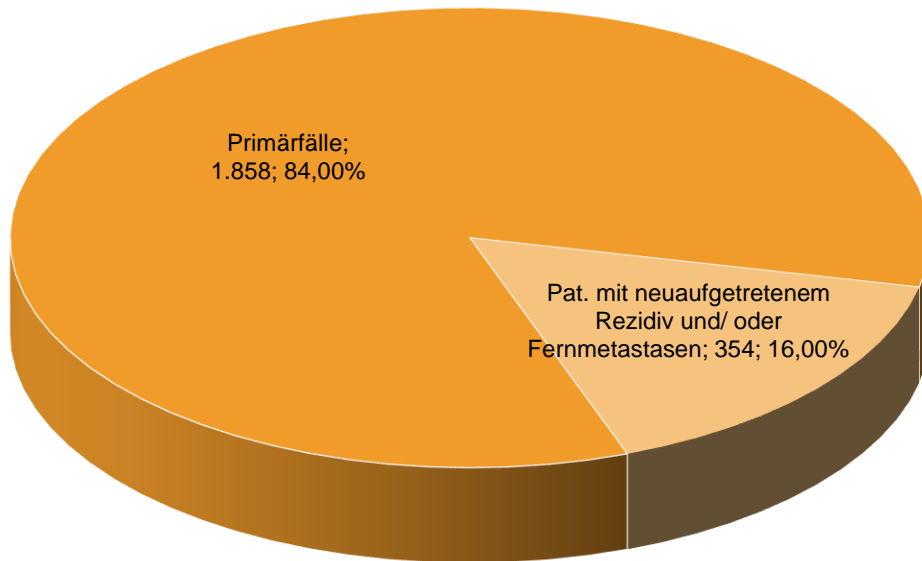
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



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.

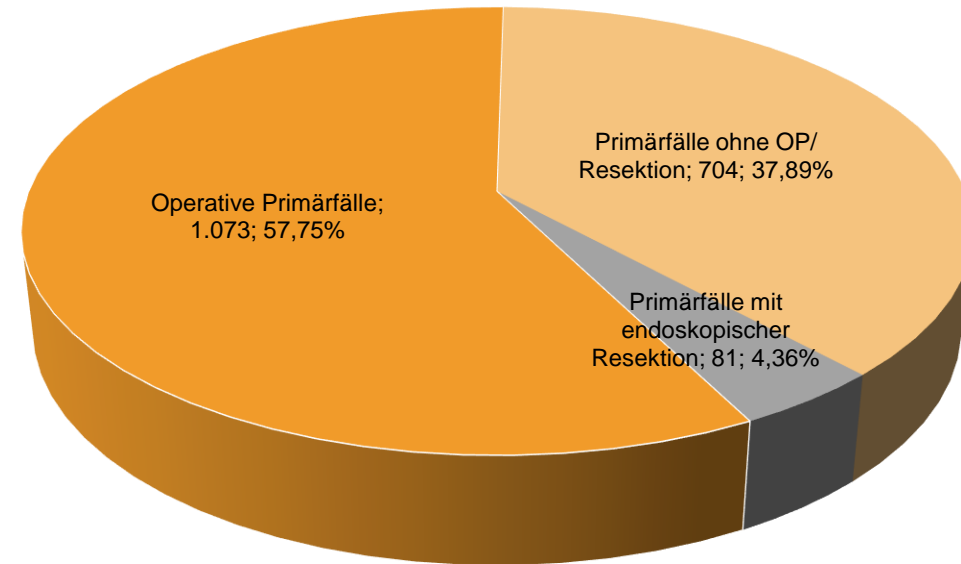
Basisdaten – Verteilung Zentrumsfälle und Primärfälle Magenkrebszentren

Zentrumsfälle



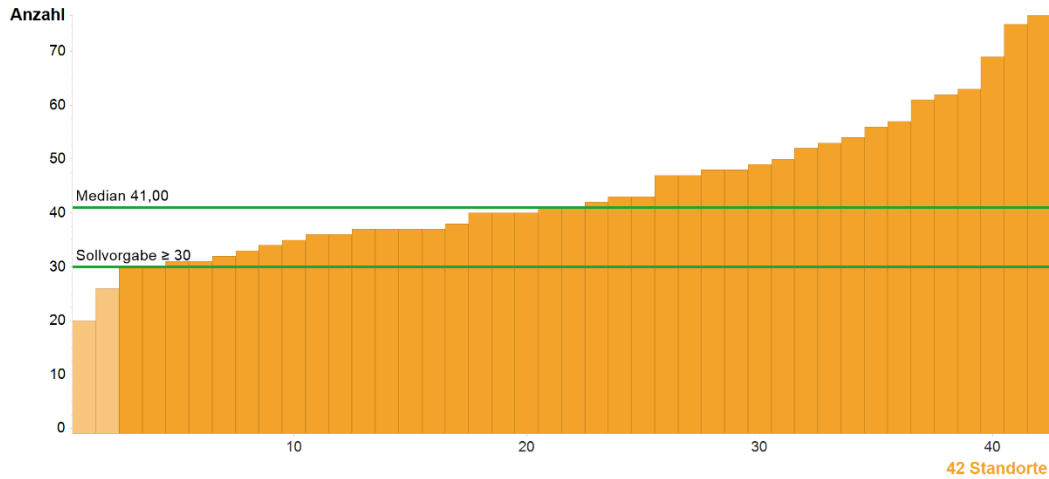
Primärfälle	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	Zentrumsfälle
1.858 (84,00%)	354 (16,00%)	2.212 (100%)

Primärfälle

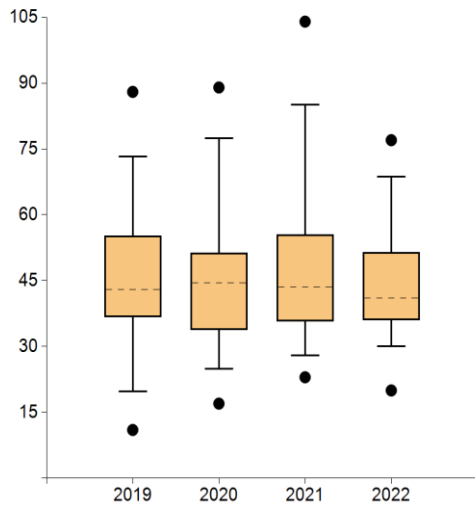


Operative Primärfälle	Primärfälle mit endoskopischer Resektion	Primärfälle ohne OP/ Resektion	Primärfälle gesamt
1.073 (57,75%)	81 (4,36%)	704 (37,89%)	1.858 (100%)

1a. Primärfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	41	20 - 77	1858
	Sollvorgabe ≥ 30			



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	77,00	88,00	89,00	104,00	77,00
95. Perzentil	57,00	73,25	77,45	85,10	68,70
75. Perzentil	40,50	55,25	51,25	55,50	51,50
Median	35,00	43,00	44,50	43,50	41,00
25. Perzentil	28,00	36,75	33,75	35,75	36,00
5. Perzentil	19,00	19,75	24,90	27,95	30,00
● Min	16,00	11,00	17,00	23,00	20,00

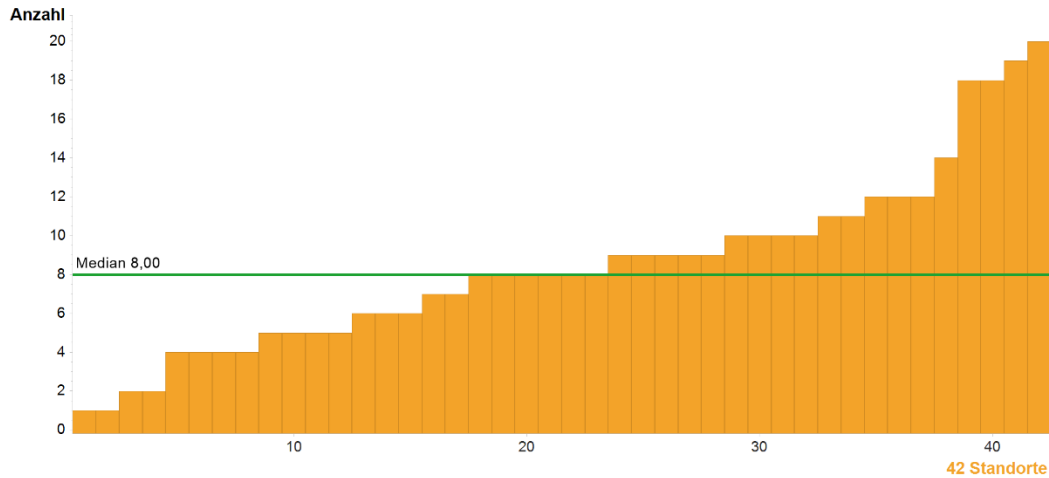
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
42	100,00%	40	95,24%

Anmerkungen:

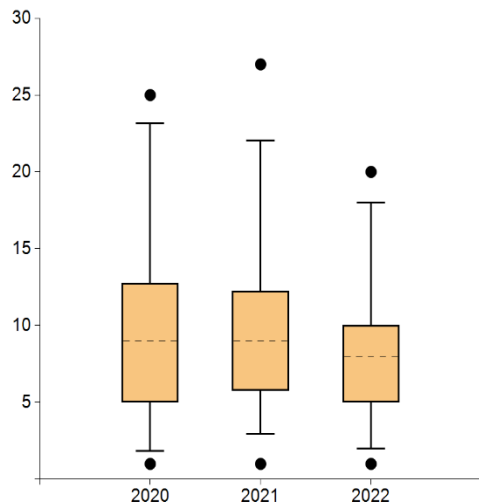
Die Anzahl an Zentren ist um 2 Zentren diskret angestiegen (42; Vorjahr 40). Die Gesamtprimärfallzahl sowie der Median und die oberen Perzentilen sinken im Vgl. zum Vorjahr leicht ab (Gesamt PF: -3,78%). 2 Zentren unterschreiten die Sollvorgabe von ≥ 30 PF (Vorjahr 3 Zentren); beide bereits schon im Vorjahr. Da sich die betroffenen Zentren jedoch im Überwachungsaudit befanden, hat dies aktuell keine Konsequenz für das Zertifikat. Zum Wiederholaudit müssen die geforderten Primärfallzahlen dann im Durchschnitt der letzten 3 Jahre nachgewiesen werden. Ursächlich wurden Chefarztwechsel und Bettensperrungen angegeben. Z.T. wurden Maßnahmen wie verstärkte Kooperation mit Zuweisern ergriffen.

Δ Anpassung der Primärfalldefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

1b. Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	8	1 - 20	354
	Keine Sollvorgabe			



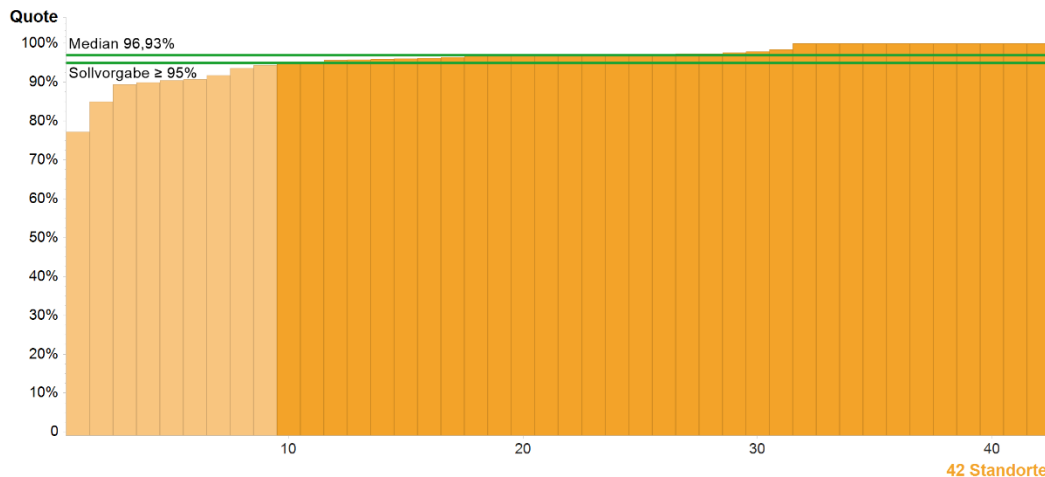
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	-----	25,00	27,00	20,00
95. Perzentil	-----	-----	23,15	22,05	18,00
75. Perzentil	-----	-----	12,75	12,25	10,00
Median	-----	-----	9,00	9,00	8,00
25. Perzentil	-----	-----	5,00	5,75	5,00
5. Perzentil	-----	-----	1,85	2,95	2,00
● Min	-----	-----	1,00	1,00	1,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
42	100,00%	-----	-----

Anmerkungen:

Analog zu der KeZa 1a zeigt sich auch bei 1b eine rückläufige Tendenz über alle Werte (Gesamtzahl 354, Vorjahr 393). Die KeZa wird seit 2020 erhoben. Eine Sollvorgabe ist nicht festgelegt worden.

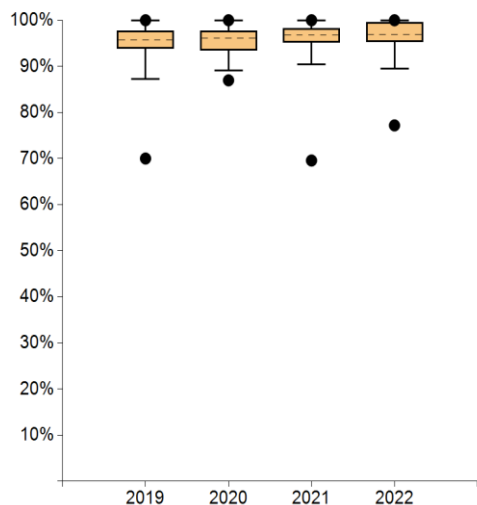
2. Prätherapeutische Fallvorstellung



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	39*	17 - 75	1781
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	41*	20 - 77	1858
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,93%	77,19% - 100%	95,86%**

* 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.



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	97,42%	97,63%	97,63%	98,23%	99,60%
Median	96,15%	95,74%	96,08%	96,80%	96,93%
25. Perzentil	93,30%	93,80%	93,47%	95,12%	95,25%
5. Perzentil	88,88%	87,28%	89,12%	90,43%	89,50%
● Min	84,62%	70,00%	86,96%	69,57%	77,19%

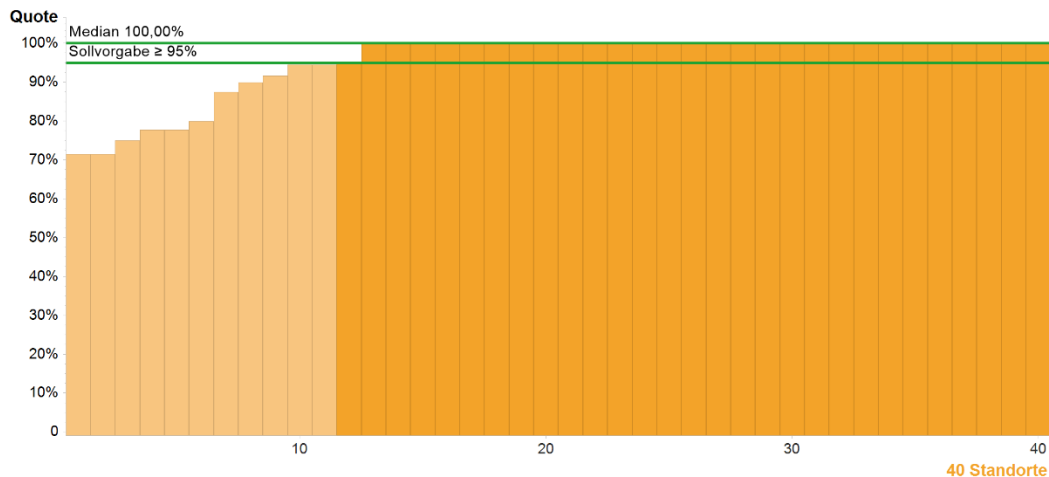
Δ Anpassung der Primärfallddefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
42	100,00%	33	78,57%

Anmerkungen:

Die Erfüllungsquote der prätherapeutischen Fallvorstellung hält sich auf Vorjahresniveau stabil. 9 Zentren erreichten nicht die Sollvorgabe und begründeten dies mit bereits extern durchgeführter Neoadjuvanz und Zuverlegung lediglich zur OP (14 Pat.), endoskopischer Abtragung und erst postintervent. Vorstellung (12x), Versäumnis (durch Zuverlegung von ext., 7x), Notfalleingriffen (5x), frühzeitiges Versterben der Pat. (3x) und erst postop. Malignitätsnachweis (1x). Die FE unterstrichen die Notwendigkeit der prätherapeut. Vorstellung in den Audits und empfahlen u.a. die Einführung von Ad-hoc Tumorkonferenzen.

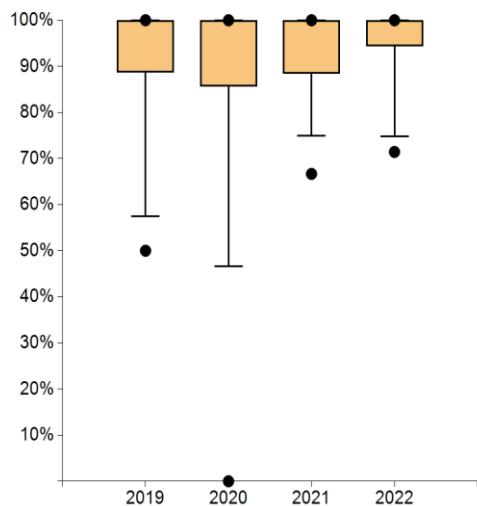
3. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	5*	1 - 19	261
Nenner	Pat. mit Rezidiv	6,5*	1 - 20	278
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	71,43% - 100%	93,88%**

* 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.



	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	91,46%	88,68%	85,71%	88,41%	94,44%
5. Perzentil	61,75%	57,50%	46,67%	75,00%	74,82%
● Min	50,00%	50,00%	0,00%	66,67%	71,43%

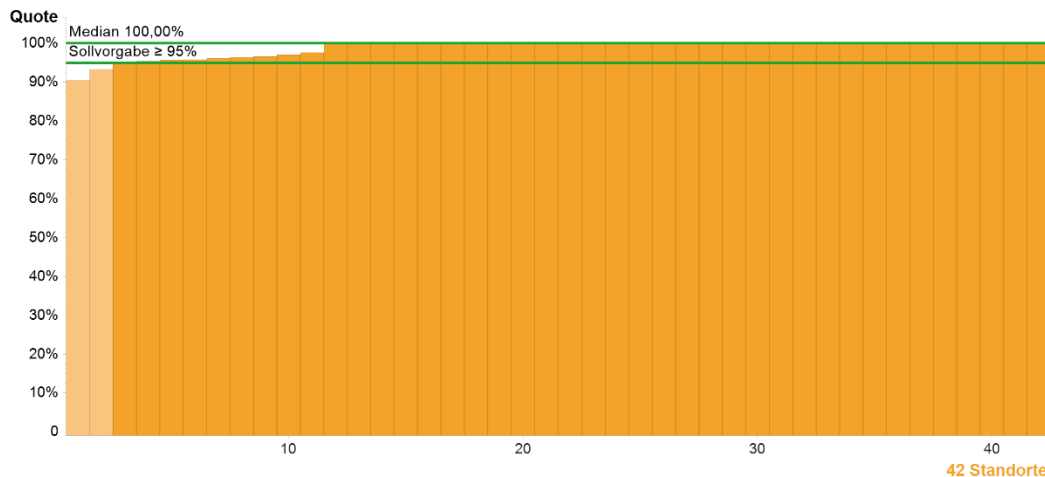
Δ Anpassung der Primärfalldefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	95,24%	29	72,50%

Anmerkungen:

Die Durchdringung dieser KeZa zeigt weiterhin eine positive Tendenz mit geringer Streuung der Einzelwerte. Erneut erreichen 11 Zentren nicht die SV (27,5%, Vorjahr 30,6%). Bei kleinen Fallzahlen betraf dies bereits Zentren bei der unterlassener Vorstellung von 1-2 Pat.. Die betroffenen Zentren geben Versäumnis (5 Pat., meist aufgrund einer Schnittstellenproblematik), Ablehnung der weiteren Maßnahmen durch Pat. (4x), Umstellung von Systemtherapien (3x) Versterben der Pat. (2x) und hochpalliative Befunde (1x) an. Die FE weisen darauf hin, dass alle Rezidive vor Einleitung einer Therapie (inkl. BSC) prätherapeutisch vorgestellt werden müssen.

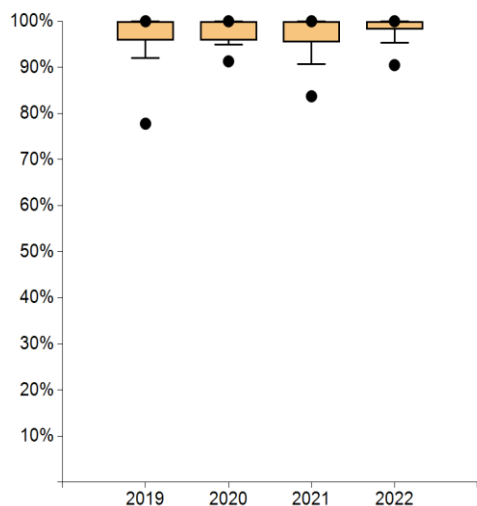
4. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	25*	9 - 49	1060
Nenner	Operative Primärfälle (= Kennzahl 11)	25*	9 - 49	1073
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	90,48% - 100%	98,79%**

* 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.



	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	95,35%	95,83%	95,83%	95,45%	98,22%
5. Perzentil	89,89%	91,94%	94,88%	90,62%	95,25%
● Min	86,36%	77,78%	91,30%	83,72%	90,48%

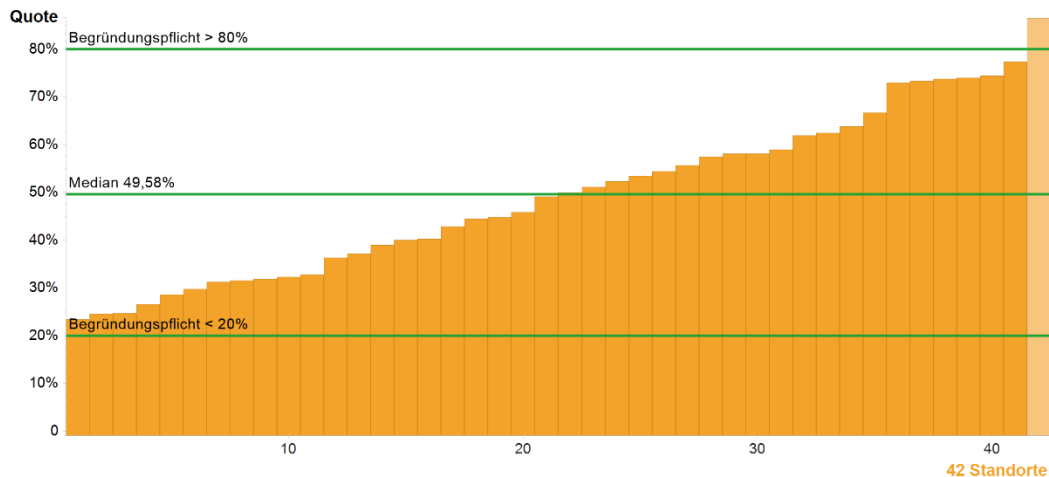
Δ Anpassung der Primärfallddefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
42	100,00%	40	95,24%

Anmerkungen:

Die postop. Fallvorstellung zeigt im aktuellen KeZa Jahr eine sehr gute Erfüllungsquote und einen Anstieg in allen Werten im Vergleich zu den Vorjahren. Nur 2 Zentren erfüllten die SV von > 95% knapp nicht (4,8%, Vorjahr 17,5%). Ursächlich war postoperatives Versterben der Pat. (2x) und Versäumnis (1 Fall). Das betroffene Zentrum mit einmaligem Versäumnis reagierte mit erneuter Schulung der Mitarbeiter.

5. Psychoonkologische Betreuung

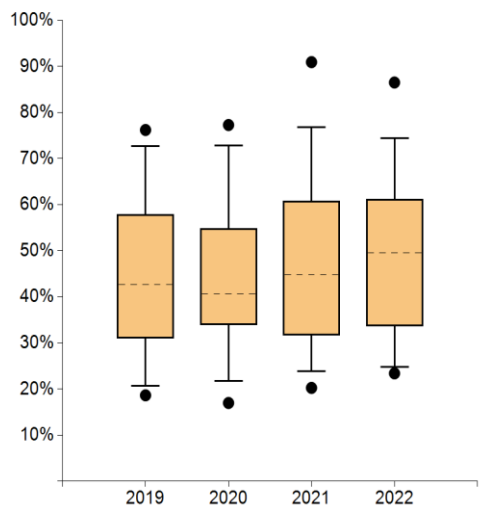


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	24*	8 - 62	1076
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	48*	22 - 93	2212
Quote	Begründungspflicht*** <20% und >80%	49,58%	23,40% - 86,49%	48,64%**

* 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.



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	87,50%	76,19%	77,27%	90,91%	86,49%
95. Perzentil	77,07%	72,68%	72,84%	76,82%	74,45%
75. Perzentil	60,30%	57,90%	54,85%	60,78%	61,16%
Median	44,83%	42,63%	40,66%	44,71%	49,58%
25. Perzentil	27,02%	31,06%	33,90%	31,69%	33,70%
5. Perzentil	17,06%	20,73%	21,72%	23,83%	24,74%
● Min	10,34%	18,64%	16,98%	20,25%	23,40%

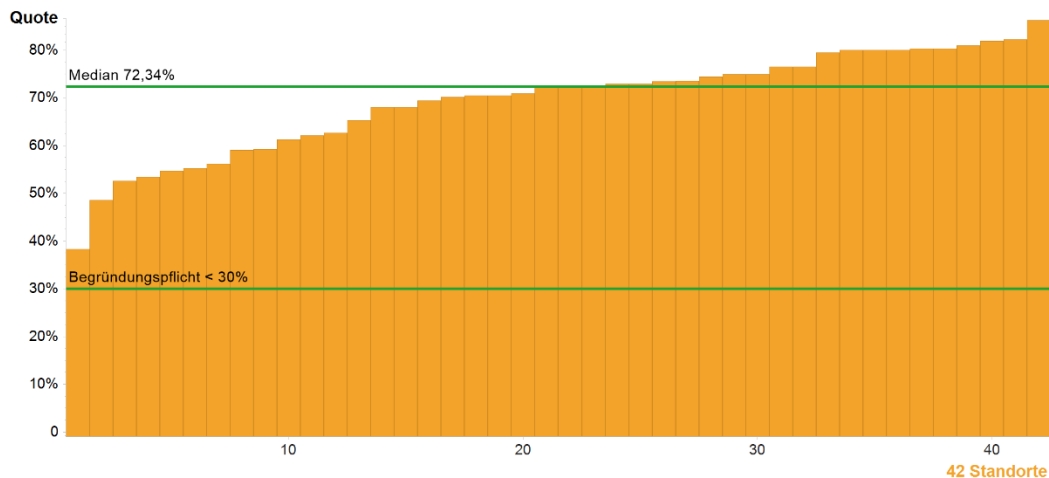
Δ Anpassung der Primärfalldefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
42	100,00%	41	97,62%

Anmerkungen:

Die psychoonkologische Betreuungsquote zeigt weiterhin einen Anstieg insbesondere in der Gesamtquote (Vorjahr 45,5%) sowie im Median und den unteren Perzentilen. 1 Zentrum fiel aufgrund von besonders hoher Vorstellungsrate von 86% unter die Begründungspflicht und erklärte diese mit der Vorgehensweise und Eigeninitiative der Psychoonkolog:innen.

6. Beratung Sozialdienst

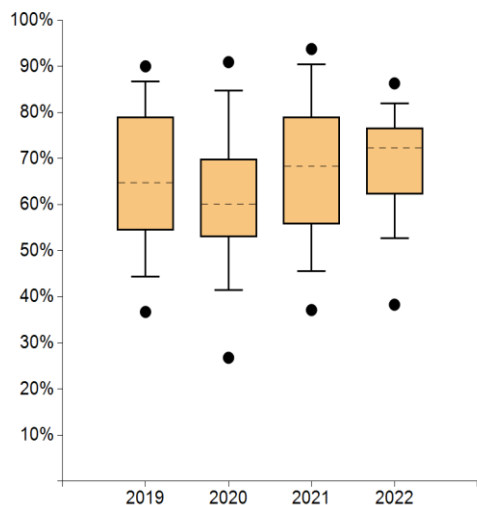


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	36*	13 - 66	1541
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	48*	22 - 93	2212
Quote	Begründungspflicht***	72,34%	38,30% - 86,30%	69,67%**

* 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.



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	97,50%	90,00%	90,91%	93,75%	86,30%
95. Perzentil	86,68%	86,73%	84,73%	90,39%	81,95%
75. Perzentil	76,91%	78,98%	69,95%	79,09%	76,60%
Median	68,33%	64,69%	60,07%	68,37%	72,34%
25. Perzentil	58,17%	54,38%	52,98%	55,76%	62,30%
5. Perzentil	50,00%	44,43%	41,44%	45,63%	52,67%
● Min	34,29%	36,73%	26,79%	37,14%	38,30%

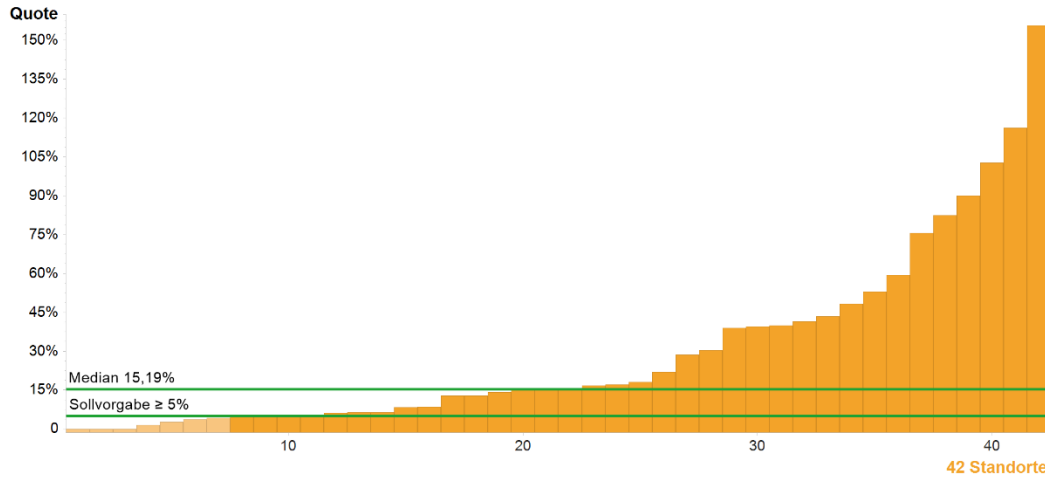
Δ Anpassung der Primärfalldefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
42	100,00%	42	100,00%

Anmerkungen:

Erneut zeigt sich ein Anstieg der Betreuungsrate durch den Sozialdienst im Median, den unteren Perzentilen und der Gesamtquote (69,6%, Vorjahr 68,8%). Alle Zentren lagen über der mit einer Begründungspflicht einhergehenden Quote von 30%.

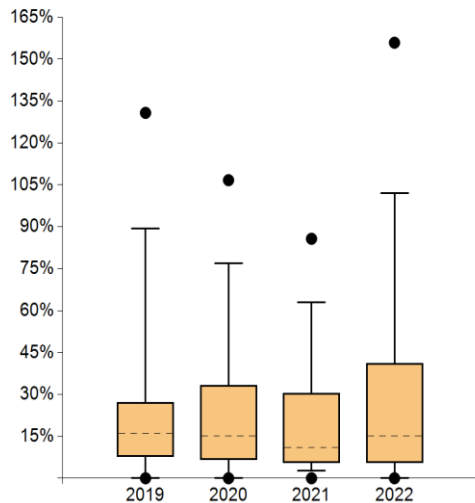
7. Anteil Studienpat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	7,5*	0 - 53	535
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	41*	20 - 77	1858
Quote	Sollvorgabe \geq 5%	15,19%	0,00% - 155,88%	28,79%**

* 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.



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	271,43%	130,77%	106,67%	85,71%	155,88%
95. Perzentil	78,83%	89,32%	76,99%	62,93%	102,07%
75. Perzentil	29,13%	27,13%	33,18%	30,48%	41,10%
Median	12,90%	15,96%	15,17%	10,94%	15,19%
25. Perzentil	6,19%	7,78%	6,68%	5,53%	5,62%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	2,61%	0,07%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Δ Anpassung der Primärfallddefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
42	100,00%	35	83,33%

Anmerkungen:

Der Anteil der Studienpat. zeigt wieder einen Anstieg auf das Niveau der Jahre 2019/ 2020. 7 Zentren unterschritten die SV von 5% (16,7%, Vorjahr 22,5%). Die Zentren argumentierten mit geringer Verfügbarkeit von passenden Studien, nicht Erfüllung der Einschlusskriterien, Personalknappheit). Durch Intensivierung der Studienaktivität konnte in den meisten Fällen bereits für das Folgejahr eine Verbesserung oder sogar Erfüllung der Quote prognostiziert werden. Es wurden von den FE keine Abweichungen ausgesprochen.

Individueller Jahresbericht - Benchmark

Individueller Jahresbericht - Standortspezifische 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.

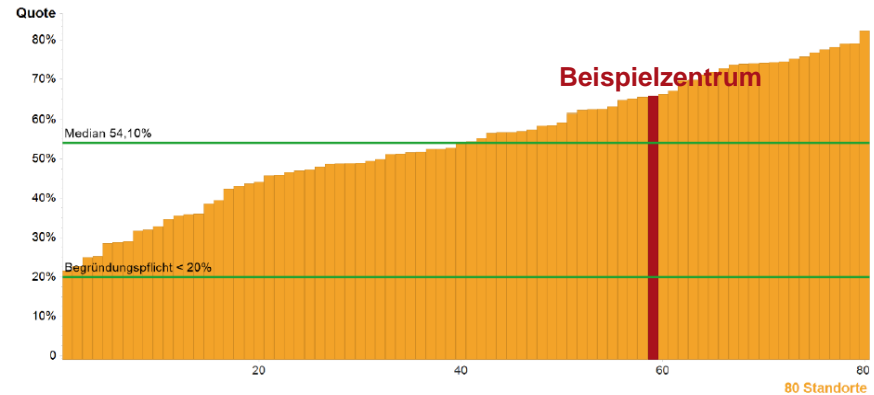
Inhalte und Gestaltung eines individuellen Jahresberichtes orientieren sich an den allgemeinen Jahresberichten. Ein Beispiel für einen individuellen Jahresbericht ist auf www.onkoziert.de unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich.

Wer kann den individuellen Jahresbericht erhalten?

Voraussetzung für die Erstellung des individuellen Jahresberichtes ist die Veröffentlichung des allgemeinen Jahresberichtes (Bekanntgabe u.a. auf www.onkoziert.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:

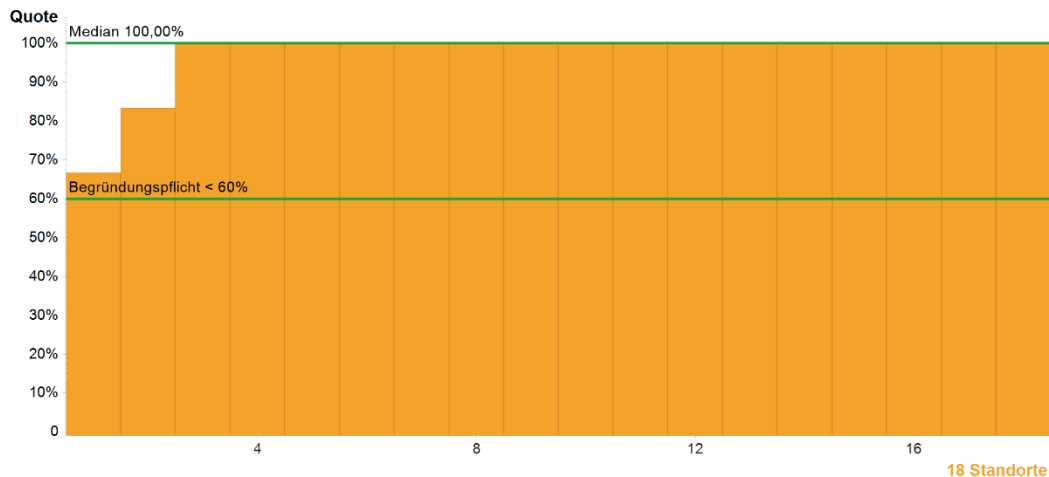
Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- 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.

8. Endoskopische En-bloc Resektionen (LL QI)

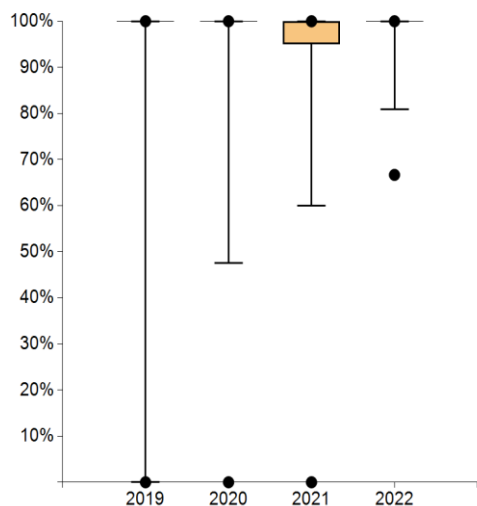


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit En-bloc Resektion	1,5*	1 - 11	45
Nenner	Primärfälle mit endoskopischer Resektion	1,5*	1 - 11	48
Quote	Begründungspflicht*** <math>< 60\%</math>	100%	66,67% - 100%	93,75%**

* 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.



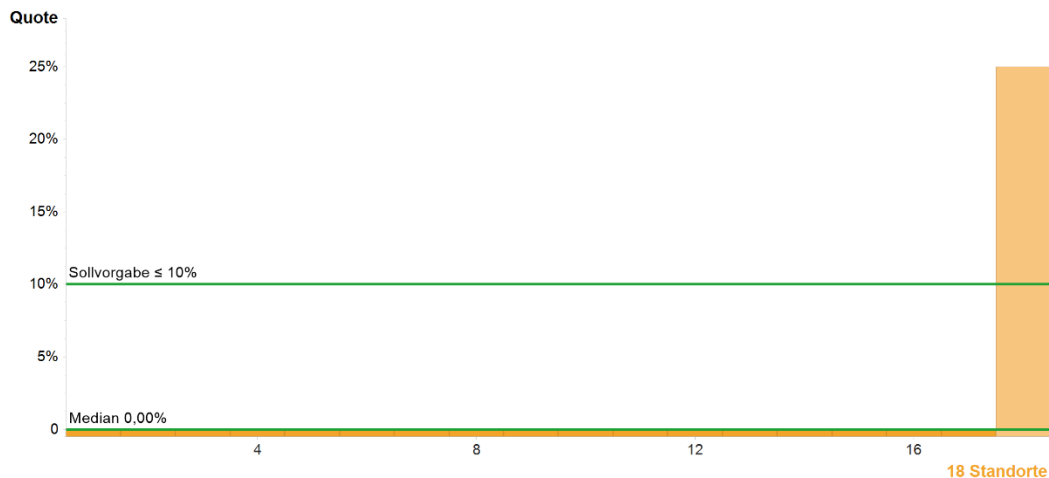
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
Median	-----	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	-----	100%	100%	95,00%	100%
5. Perzentil	-----	0,00%	47,50%	60,00%	80,83%
● Min	-----	0,00%	0,00%	0,00%	66,67%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
18	42,86%	18	100,00%

Anmerkungen:

Die Erfüllung dieses LL-QIs zeigt zwar eine deutliche Verbesserung in allen Werten, hier muss jedoch auf die insgesamt sehr geringe Fallzahl (48 Pat. Gesamt, Range 1 - 11) hingewiesen werden. Über die Hälfte der Zentren (24) hatte keinen Patienten im Nenner. Von den 18 Zentren mit auswertbaren Daten fiel keines unter die Begründungspflicht.

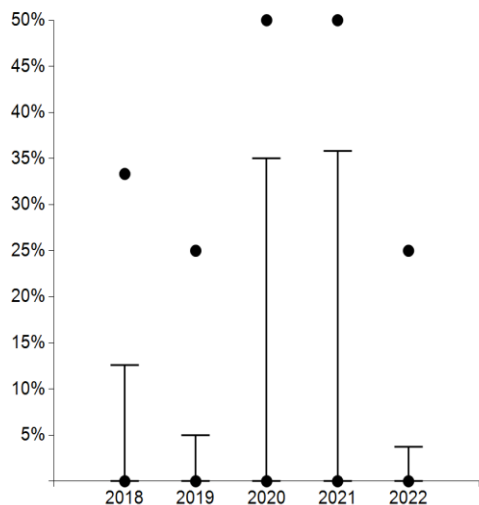
9. Komplikationen endoskopische En-bloc-Resektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Komplikationen (Blutung, Perforation)	0*	0 - 1	1
Nenner	Primärfälle mit endoskopischer En-bloc-Resektion	1,5*	1 - 11	45
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	0,00%	0,00% - 25,00%	2,22%**

* 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.



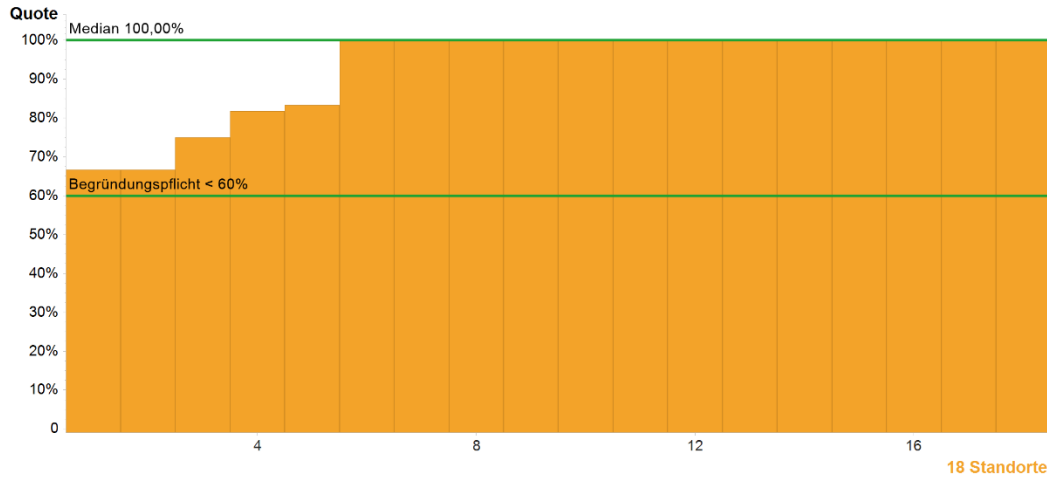
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	33,33%	25,00%	50,00%	50,00%	25,00%
95. Perzentil	12,57%	5,00%	35,00%	35,83%	3,75%
75. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Median	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
25. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
18	42,86%	17	94,44%

Anmerkungen:

Die Komplikationsrate nach endoskopischer Resektion entwickelt sich, bei bereits sehr guter Rate der Vorjahre, weiterhin positiv (Gesamt 2,2%, Vorjahr 5,8%). 1 Zentrum verzeichnete eine einzelne Komplikation mit einer aktiven Sickerblutung Forrest 1b. Bei jedoch nur 4 Pat. im Nenner resultierte dies in einer Komplikationsrate von 25%.

10. R0-Resektionen (Endoskopie) (LL QI)

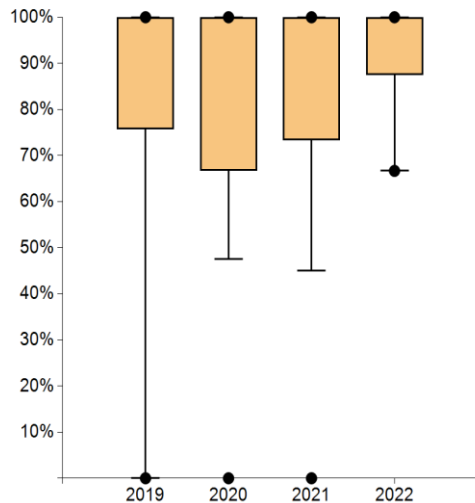


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit R0 nach abgeschlossener endoskopischer Therapie	1,5*	1 - 9	42
Nenner	Primärfälle mit endoskopischer Resektion	1,5*	1 - 11	48
Quote	Begründungspflicht*** <60%	100%	66,67% - 100%	87,50%**

* 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.



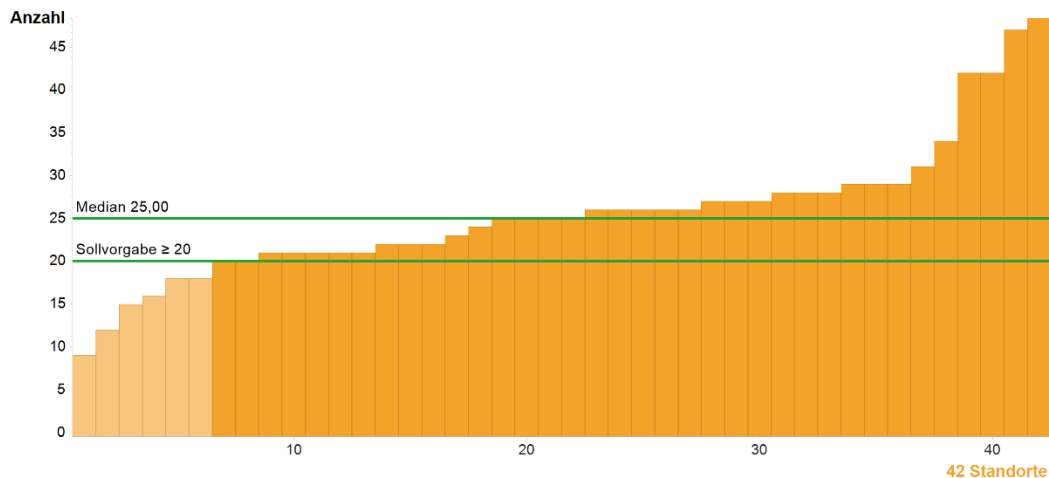
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
Median	-----	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	-----	75,72%	66,67%	73,34%	87,50%
5. Perzentil	-----	0,00%	47,50%	45,00%	66,67%
● Min	-----	0,00%	0,00%	0,00%	66,67%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
18	42,86%	18	100,00%

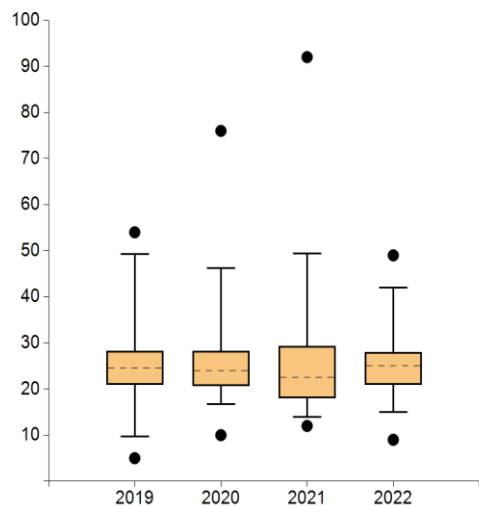
Anmerkungen:

Die R0-Rate nach endoskopischer Resektion verbessert sich auch im aktuellen KeZa-Jahr. Die Gesamtquote steigt auf 87,5% (Vorjahr 82,1%). Nur in 18 Zentren gab es Primärfälle mit endoskopischer Resektion. Keines dieser Zentren wurde begründungspflichtig.

11. Operative Primärfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle (ICD-10 C16.0, C16.1-16.9 mit OPS: 5-425*, 5-426*, 5-435* bis 5-438*)	25	9 - 49	1073
	Sollvorgabe ≥ 20			



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	45,00	54,00	76,00	92,00	49,00
95. Perzentil	36,70	49,25	46,25	49,35	42,00
75. Perzentil	24,50	28,25	28,25	29,25	28,00
Median	22,00	24,50	24,00	22,50	25,00
25. Perzentil	17,50	21,00	20,75	18,00	21,00
5. Perzentil	9,90	9,75	16,70	13,95	15,05
● Min	6,00	5,00	10,00	12,00	9,00

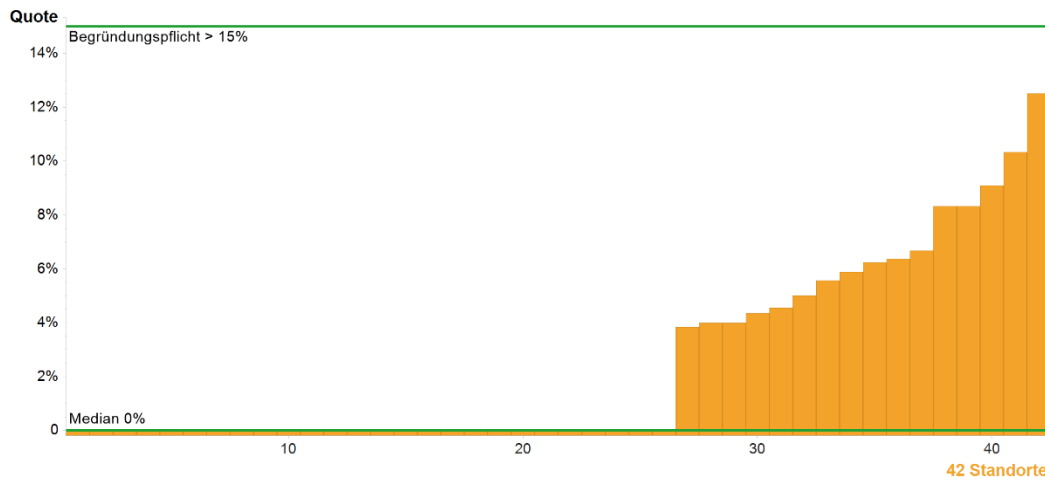
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
42	100,00%	36	85,71%

Anmerkungen:

Die Gesamtzahl der operativen PF steigt im Vgl. zum Vorjahr leicht an (+ 1,61%). Zudem zeigt sich eine gleichmäßigere Verteilung der Fälle auf die Zentren (Absinken der oberen Perzentilen, Anstieg der unteren und des Medians, geringere Range). 6 Zentren (Vorjahr 12) unterschritten die Sollvorgabe von ≥ 20 PF. Die Begründungen umfassten Auswirkungen der Pandemie (2x), weniger Zuweisungen (Ursache unklar, 2x), sehr kompetitives Umfeld (1x) und Chefarztwechsel 1x. 5 Zentren befanden sich im Überwachungsaudit, so dass sich keine unmittelbare Konsequenz für das Zertifikat ergab. 1 Zentrum im Wiederholaudit erfüllte die Zahlen im Schnitt der letzten 3 Jahre und konnte somit mit reduzierter Gültigkeit verlängert werden.

Δ Anpassung der Primärfalldefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

12. Anastomoseninsuffizienz Grad III (LL QI)

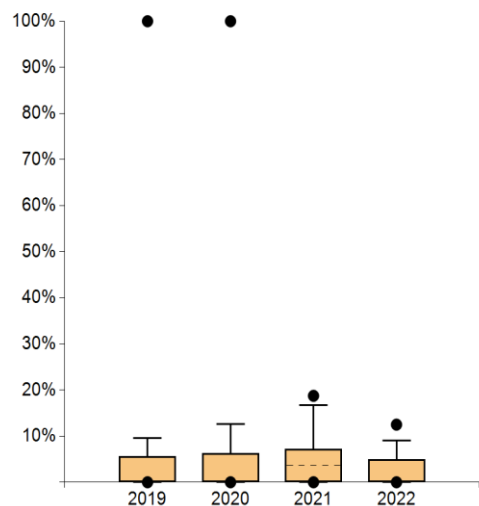


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Anastomoseninsuffizienz Grad III	0*	0 - 3	25
Nenner	Operative Primärfälle (ICD-10 C16.0, C16.1-16.9) mit Rekonstruktion mittels Anastomose	17,5*	2 - 47	768
Quote	Begründungspflicht*** >15%	0,00%	0,00% - 12,50%	3,26%**

* 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.



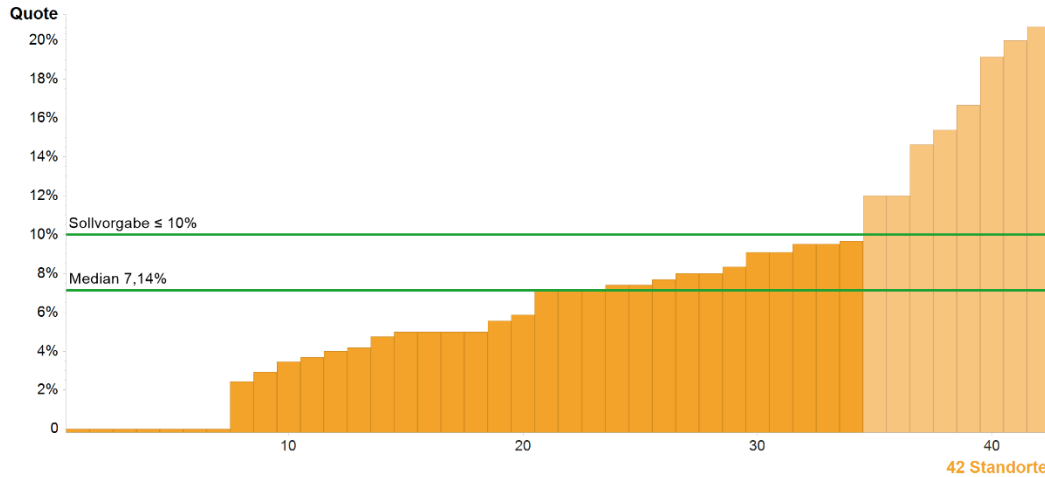
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	100%	100%	18,75%	12,50%
95. Perzentil	-----	9,58%	12,64%	16,72%	9,05%
75. Perzentil	-----	5,56%	6,25%	7,21%	4,89%
Median	-----	0,00%	0,00%	3,59%	0,00%
25. Perzentil	-----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	-----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	-----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
42	100,00%	42	100,00%

Anmerkungen:

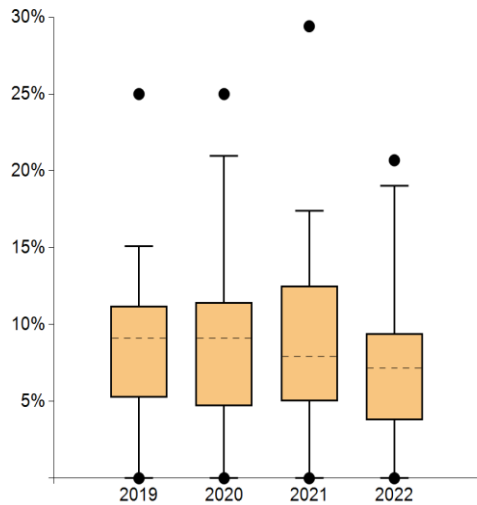
Die Rate an Anastomoseninsuffizienzen III zeigt in allen Ergebnissen eine positive Entwicklung im Vergleich zum Vorjahr. Die Gesamtquote sinkt auf 3,26% (Vorjahr 4,91%), der Median auf 0%. Kein einziges Zentrum fiel unter die Begründungspflicht.

13. Revisions-OPs



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Revisions-OPs infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	1*	0 - 9	79
Nenner	Elektive Operative Primärfälle	25*	9 - 47	1047
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	7,14%	0,00% - 20,69%	7,55%**

* 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.



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	28,57%	25,00%	25,00%	29,41%	20,69%
95. Perzentil	21,84%	15,11%	20,98%	17,41%	19,03%
75. Perzentil	12,32%	11,22%	11,46%	12,50%	9,41%
Median	8,70%	9,09%	9,09%	7,93%	7,14%
25. Perzentil	4,55%	5,26%	4,71%	5,00%	3,78%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

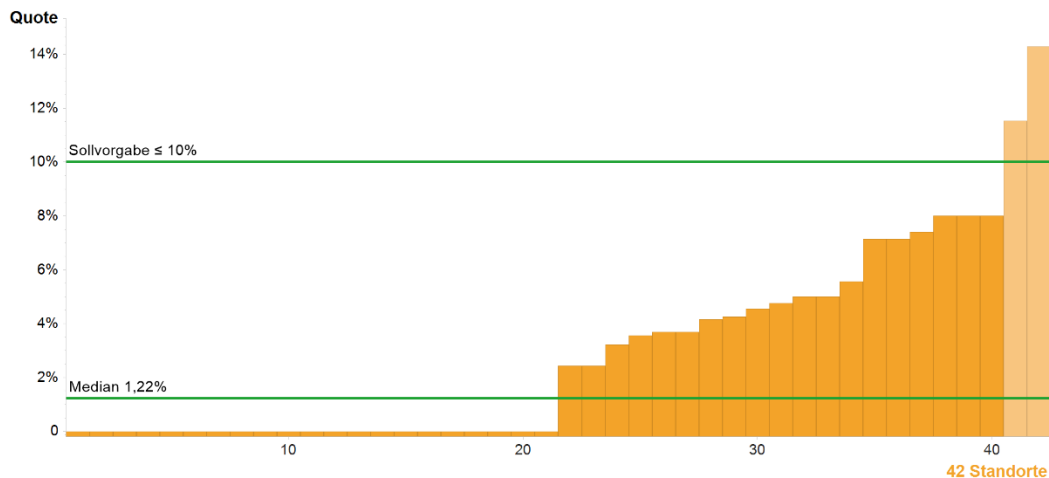
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
42	100,00%	34	80,95%

Anmerkungen:

Auch die Revisionsrate verbesserte sich im aktuellen KeZa Jahr im Vergleich zu den Vorjahren und sinkt im Median auf 7,1% und in der Gesamtquote auf 7,55% (Vorjahr 8,78%). 8 Zentren verfehlten die Sollvorgabe (Vorjahr 12), 5 hiervon bereits zum zweiten Mal in Folge. Häufigste Gründe waren Anastomosensuffizienzen (9 Fälle), Duodenalstumpfsuffizienzen (7x), Komplikationen nach CRS und HIPEC (3x), vereinzelt Ileus und Nachblutungen. Ein Zentrum verwies bei 6 Revisionen auf sein multimorbides Patientengut. Analysen in MM-Konferenzen erbrachten keine systematischen Fehler. In Einzelfällen empfehlen die FE die Indikationen für CRS/HIPEC kritischer zu stellen.

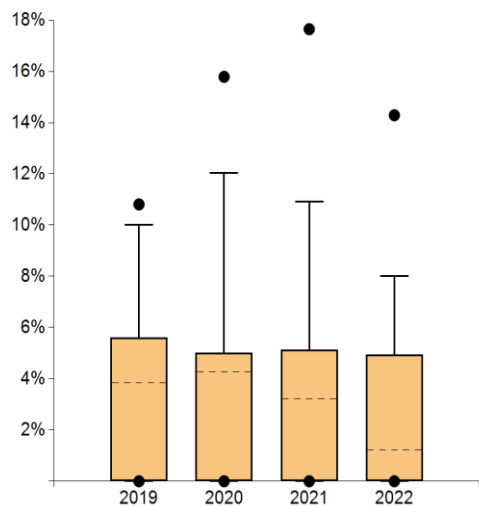
Δ Anpassung der Primärfallddefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

14. Postoperative Wundinfektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit postoperativen Wundinfektionen innerhalb von 30 d nach elektiver OP mit Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	0,5*	0 - 3	31
Nenner	Elektive Operative Primärfälle	25*	9 - 47	1047
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	1,22%	0,00% - 14,29%	2,96%**

* 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.



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	17,39%	10,81%	15,79%	17,65%	14,29%
95. Perzentil	11,95%	10,00%	12,03%	10,92%	8,00%
75. Perzentil	6,46%	5,61%	5,00%	5,14%	4,94%
Median	4,35%	3,85%	4,26%	3,23%	1,22%
25. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

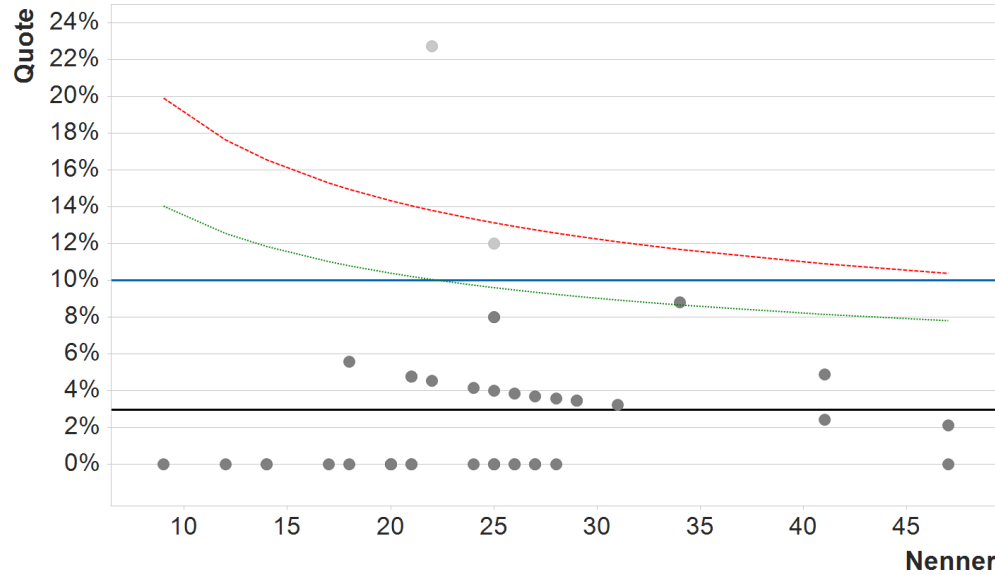
Δ Anpassung der Primärfalldefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
42	100,00%	40	95,24%

Anmerkungen:

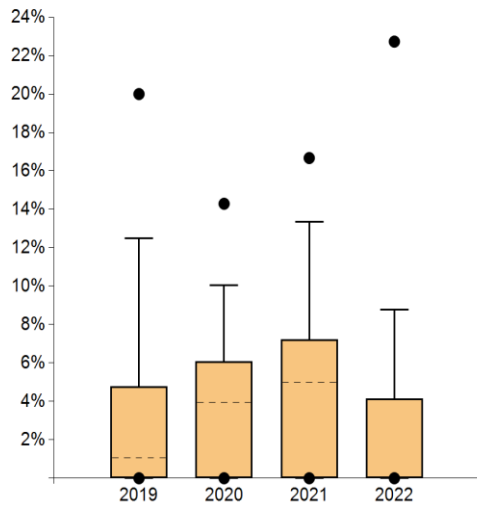
Die Gesamtrate an postoperativen Wundinfektionen bleibt im Vergleich zum Vorjahr konstant (2,96%, Vorjahr 2,99%), bei jedoch sinkendem Median und oberen Perzentilen. Nur 2 Zentren überschritten die SV von ≤ 10% (Vorjahr 3). Beide Zentren verwiesen auf hochkomplexe Eingriffe und Wundinfektionen in Folge von Revisionseingriffen.

15. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die postoperativ nach elektiven Eingriffen innerhalb von 30 d verstorben sind	0*	0 - 5	31
Nenner	Elektive Operative Primärfälle	25*	9 - 47	1047
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	0,00%	0,00% - 22,73%	2,96%**

* 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.



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	13,04%	20,00%	14,29%	16,67%	22,73%
95. Perzentil	9,57%	12,50%	10,04%	13,36%	8,78%
75. Perzentil	4,76%	4,77%	6,08%	7,21%	4,13%
Median	0,00%	1,07%	3,96%	5,00%	0,00%
25. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

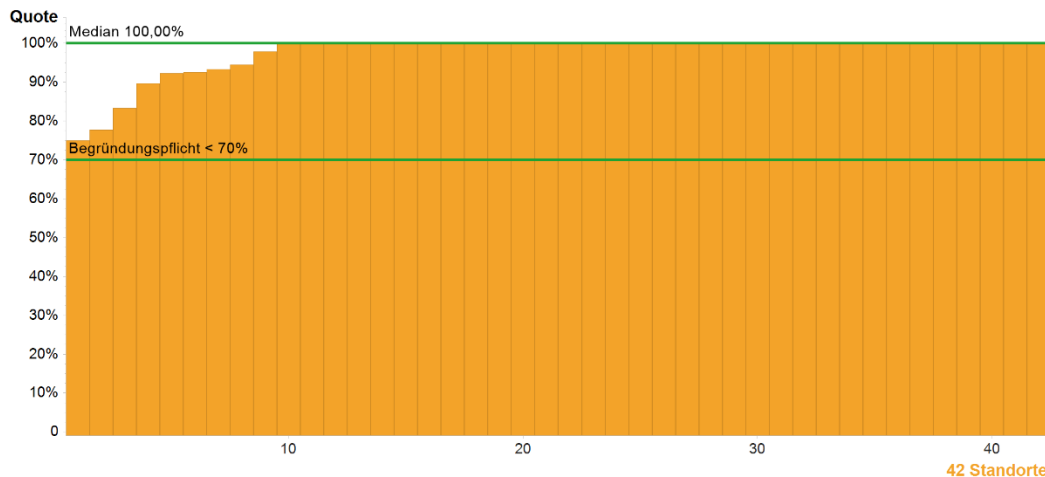
Δ Anpassung der Primärfalldefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
42	100,00%	40	95,24%

Anmerkungen:

Die Gesamtmortalität sinkt im Vgl. zum Vorjahr ab (2,96%, Vorjahr 4,63%). Median, 95. und 75. Perzentile zeigen ebenfalls positive Entwicklungen. 2 Zentren verfehlten die Sollvorgabe. Als Todesursache wurden die Folgen palliativer Gastrektomie bei subakuter Blutung (3 Pat.), Anastomoseninsuffizienzen (2x) sowie hohes Alter mit ausgeprägten Komorbiditäten (3x) identifiziert. Die FE sprachen in einem Fall eine Abweichung aus.

16. Vollständiger Pathologiebericht (LL QI)

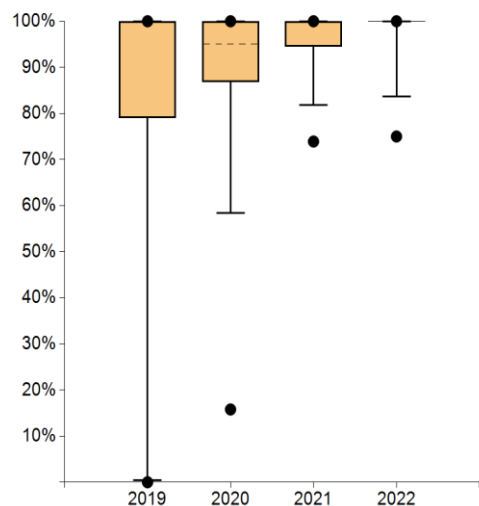


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit vollständigem Befundbericht	17*	7 - 49	806
Nenner	Operative Primärfälle	17,5*	7 - 49	826
Quote	Begründungspflicht*** <70%	100%	75,00% - 100%	97,58%**

* 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.



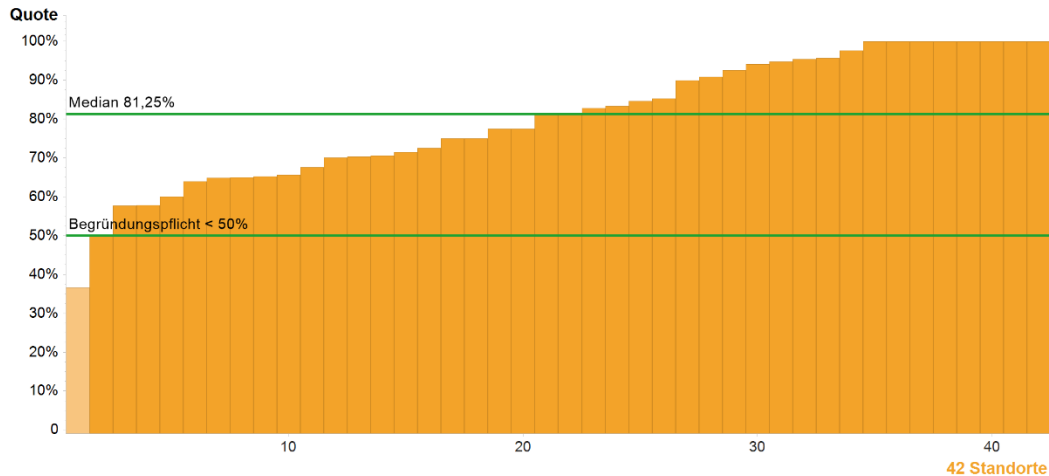
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
Median	-----	100%	95,00%	100%	100%
25. Perzentil	-----	78,99%	86,89%	94,47%	100%
5. Perzentil	-----	0,45%	58,46%	81,79%	83,65%
● Min	-----	0,00%	15,79%	73,91%	75,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
42	100,00%	42	100,00%

Anmerkungen:

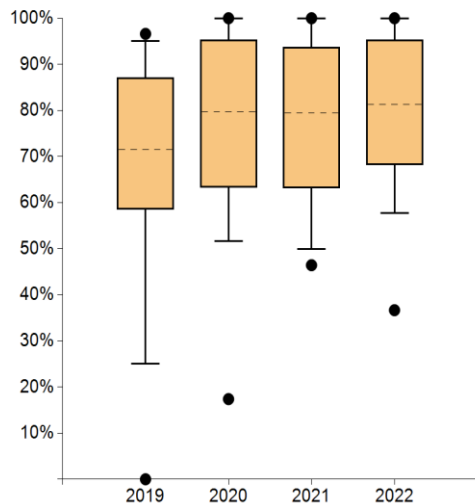
Der positive Trend des Erfüllungsgrads dieses LL-QIs setzt sich weiterhin fort. Die Gesamtquote steigt auf 97,58% (Vorjahr 94,45%), Median und untere Perzentilen zeigen ebenfalls einen positiven Verlauf. Wie im Vorjahr liegt kein Zentrum unter der Grenze von < 70%. 33 Zentren können in allen Fällen einen vollständigen Pathologiebericht vorlegen (Vorjahr 29).

17. Ernährungsstatus (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Feststellung des Ernährungsstatus nach Nutritional Risk Score und Body Mass Index	24,5*	5 - 57	1115
Nenner	Primärfälle	33*	10 - 75	1376
Quote	Begründungspflicht*** <50%	81,25%	36,67% - 100%	81,03%**

* 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.



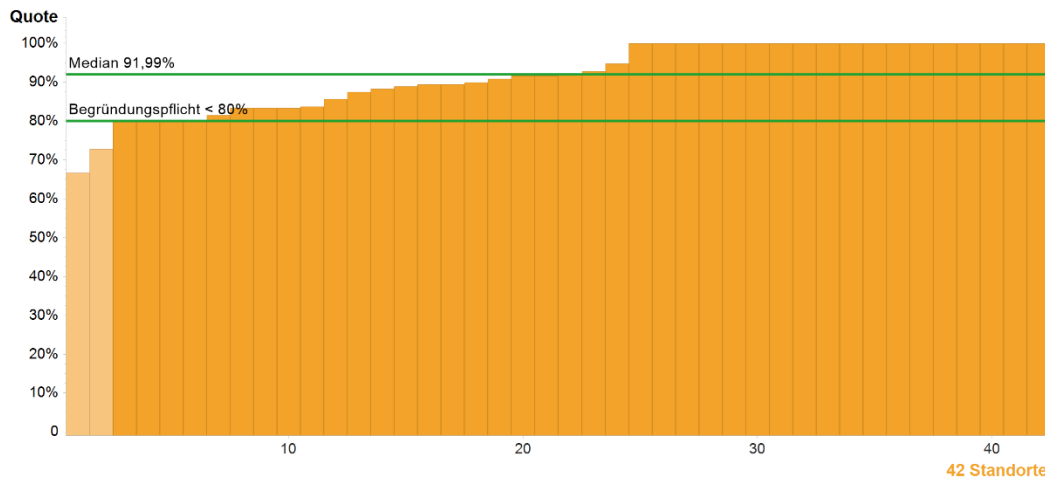
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	96,61%	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	95,10%	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	87,12%	95,36%	93,77%	95,27%
Median	-----	71,43%	79,75%	79,48%	81,25%
25. Perzentil	-----	58,58%	63,27%	63,12%	68,24%
5. Perzentil	-----	25,00%	51,71%	49,88%	57,70%
● Min	-----	0,00%	17,39%	46,43%	36,67%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
42	100,00%	41	97,62%

Anmerkungen:

Auch die Erfassung des Ernährungsstatus wird von den Zentren zunehmend umgesetzt. Die Gesamtquote und Median liegen erstmals über 80%. Lediglich 1 Zentrum wurde begründungspflichtig (Vorjahr 2) und erklärte dies mit der streikbedingten Umverteilung von Stammpersonal in der Pflege. Die FE legten nahe, die Abläufe zu überprüfen und neu festzulegen.

18. Vitamin B12 Substitution nach Gastrektomie (LL QI)

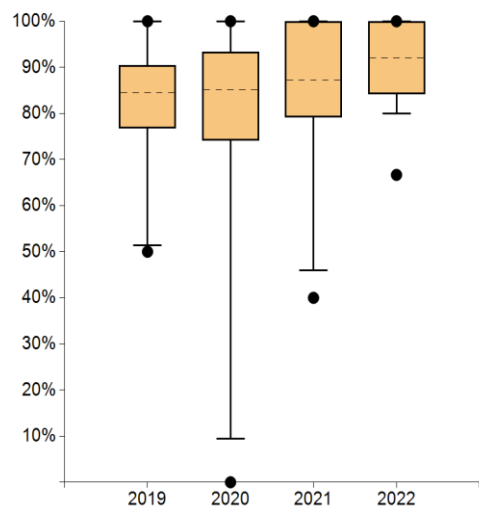


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit dokumentierter Empfehlung zur Vitamin B12-Substitution (z.B. 1000µg alle 3 Mo) im Arztbrief	10*	2 - 36	491
Nenner	Operative Primärfälle (ICD-10 C16.0, C16.1-16.9) nach Gastrektomie	11,5*	2 - 43	547
Quote	Begründungspflicht*** <80%	91,99%	66,67% - 100%	89,76%**

* 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.



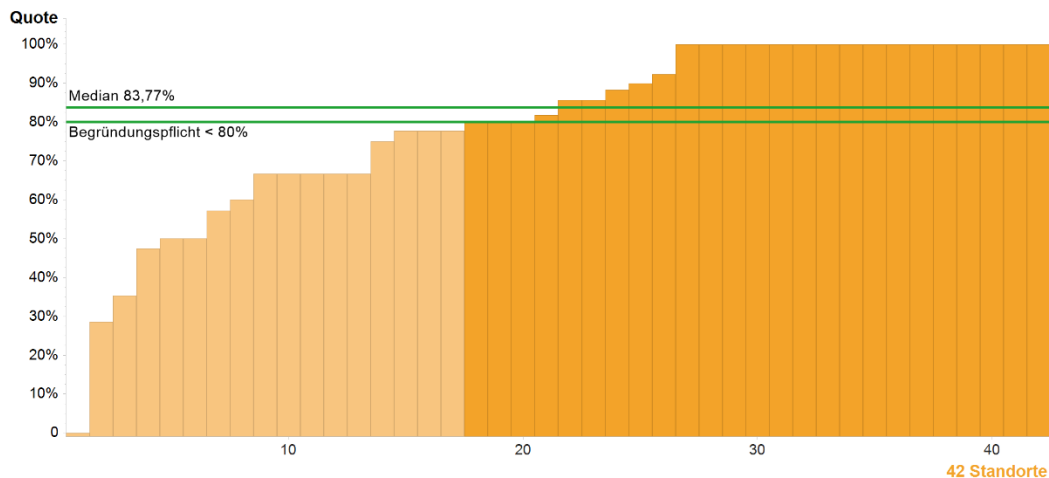
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	90,48%	93,29%	100%	100%
Median	-----	84,52%	85,17%	87,30%	91,99%
25. Perzentil	-----	76,81%	74,11%	79,23%	84,22%
5. Perzentil	-----	51,39%	9,50%	45,99%	80,00%
● Min	-----	50,00%	0,00%	40,00%	66,67%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
42	100,00%	40	95,24%

Anmerkungen:

Die Umsetzung der Vitamin B12 Substitution entwickelt sich weiterhin positiv in der gesamten Spannweite der Ergebnisse. Die Gesamtquote steigt auf 89,7% (Vorjahr 84,8%) und nur 2 Zentren (Vorjahr 10) fielen unter die Begründungspflicht. In 4 Fällen kam es zum Versäumnis und in 2 Fällen wurde im Rahmen der Nachsorge die initial versäumte Dokumentation der Empfehlung nachgeholt. Die Zentren sensibilisierten die Mitarbeitenden im Rahmen von Qualitätszirkeln und Schulungen.

19. Präoperative Chemotherapie bei lokalisierten Magenkarzinomen (ICD-10 C16.1-16.9) (LL QI)

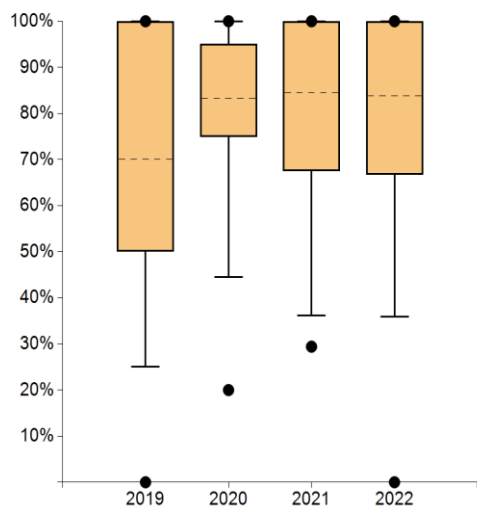


	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit präoperativer Chemotherapie	4,5*	0 - 18	242
Nenner	Operative Primärfälle ICD-10 C16.1-16.9, cT3 oder cT4, M0	6,5*	1 - 22	310
Quote	Begründungspflicht*** <80%	83,77%	0,00% - 100%	78,06%**

* 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.



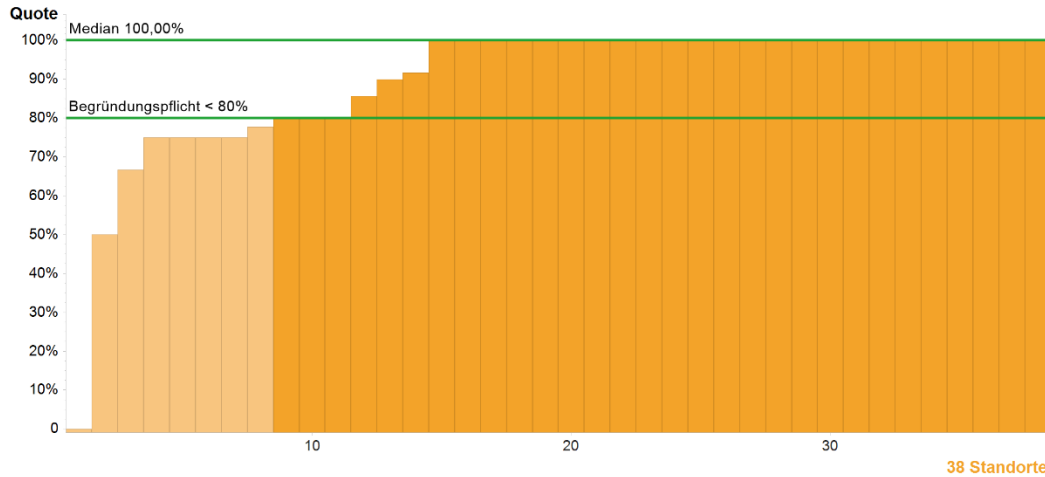
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	100%	95,00%	100%	100%
Median	-----	70,00%	83,33%	84,52%	83,77%
25. Perzentil	-----	50,00%	75,00%	67,50%	66,67%
5. Perzentil	-----	25,00%	44,44%	36,21%	35,89%
● Min	-----	0,00%	20,00%	29,41%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
42	100,00%	25	59,52%

Anmerkungen:

Die Ergebnisse dieses LL-QIs zeigen keine wesentlichen Veränderungen zum Vorjahr (Gesamtquote 78%, Vorjahr 76,9%). 17 Zentren (Vorjahr 15) mussten eine Quote von unter 80% begründen. Die Begründungen umfassten dringliche oder Notfall-Operationen bei Blutungen oder Stenosesymptomatik (22 Fälle), Komorbiditäten/ Alter (16x), Ablehnung durch Pat. (6x), fehlende Indikation bei niedrigem Tumorstadium (6x) und in Einzelfällen synchrones Zweitmalignom. Das Vorgehen ließ sich in den Audits plausibilisieren, so dass sich keine Maßnahmen ergaben.

20. Präoperative Chemotherapie oder Radiochemotherapie bei Adenokarzinomen des ösophagogastralen Übergangs cT3 oder cT4, M0 (LL QI)

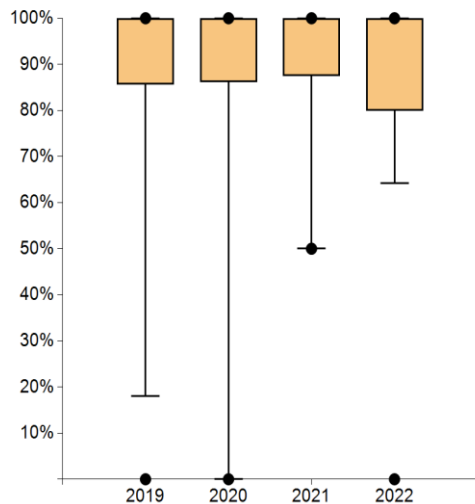


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit präoperativer Chemotherapie oder Radiochemotherapie	3*	0 - 12	170
Nenner	Operative Primärfälle mit Adenokarzinom des ösophagogastralen Übergangs (ICD-10 C16.0) cT3 oder cT4, M0	4*	1 - 12	187
Quote	Begründungspflicht*** <80%	100%	0,00% - 100%	90,91%**

* 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.



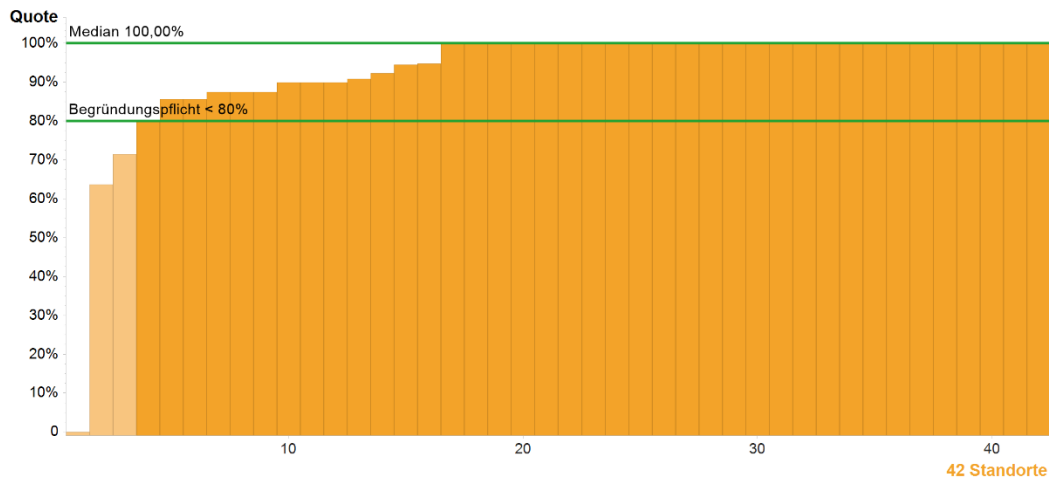
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
Median	-----	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	-----	85,71%	86,16%	87,50%	80,00%
5. Perzentil	-----	18,00%	0,00%	50,00%	64,17%
● Min	-----	0,00%	0,00%	50,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
38	90,48%	30	78,95%

Anmerkungen:

Bei leicht steigender Gesamtquote (90,9%, Vorjahr 89,8%) fallen im aktuellen KeZa Jahr 3 Zentren mehr als im Vorjahr unter die Begründungspflicht (8, Vorjahr 5). Die Zentren begründeten die Entscheidung gegen eine CT oder RCT mit hohem Alter und Komorbiditäten sowie Ablehnung der Pat.

21. Bestimmung HER-2-Status vor palliativer Tumortherapie (LL QI)

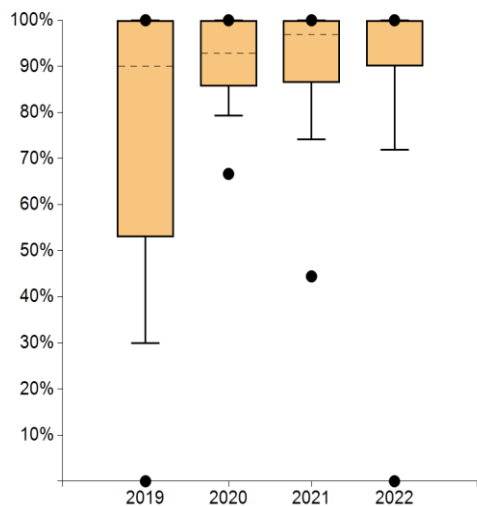


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Bestimmung des HER-2-Status vor palliativer medikamentöser Tumortherapie	6*	0 - 18	286
Nenner	Pat. (ICD-10 C16.0, C16.1-16.9) mit palliativer medikamentöser Tumortherapie	7*	1 - 19	310
Quote	Begründungspflicht*** <80%	100%	0,00% - 100%	92,26%**

* 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.



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
Median	-----	90,00%	92,86%	96,88%	100%
25. Perzentil	-----	53,00%	85,71%	86,43%	90,00%
5. Perzentil	-----	30,00%	79,33%	74,11%	71,86%
● Min	-----	0,00%	66,67%	44,44%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
42	100,00%	39	92,86%

Anmerkungen:

Gesamtquote (92,26%, Vorjahr 90,9%), Median und 25. Perzentile zeigten weiterhin einen Anstieg. 3 Zentren (Vorjahr 3) unterschritten die Quote von 80%. In fast allen Fällen wurde der HER-2 Status bestimmt, das Ergebnis lag jedoch erst nach Beginn der Chemotherapie vor. Die FE weisen darauf hin, dass die medikamentöse Tumortherapie erst nach Vorliegen des HER-2-Status begonnen werden sollte.

Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren / Magenkrebszentren
Julia Mayerle, Vorsitzende Zertifizierungskommission
Christoph Reißfelder, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Manije Sabet-Rashedi, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Carolin Barth, OnkoZert
Michaela Rommel, 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 09.09.2024

ISBN: 978-3-910336-56-8

