

# Kennzahlenauswertung 2017

## Jahresbericht der zertifizierten Pankreaskarzinomzentren

Auditjahr 2016 / Kennzahlenjahr 2015

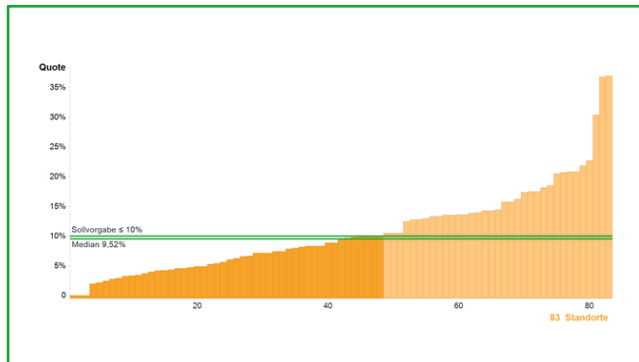


## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	3
Allgemeine Informationen .....	3
Stand des Zertifizierungssystems für Pankreaskarzinomzentren 2016 .....	5
Berücksichtigte Standorte .....	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten .....	7
Basisdatenauswertung .....	8
Kennzahlenauswertungen .....	10
Kennzahl Nr. 1: Primärfälle Zentrum .....	10
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung.....	11
Kennzahl Nr. 3: Postoperative Fallvorstellung.....	12
Kennzahl Nr. 4: Psychoonkologische Betreuung.....	13
Kennzahl Nr. 5: Beratung Sozialdienst.....	14
Kennzahl Nr. 6: Studienteilnahme.....	15
Kennzahl Nr. 7a: Endoskopie Komplikationen - Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1) .....	16
Kennzahl Nr. 7b: Endoskopie Komplikationen - Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1) .....	17
Kennzahl Nr. 8: Operative Primärfälle Pankreas .....	18
Kennzahl Nr. 9: Operative Expertise Pankreas gesamt.....	19
Kennzahl Nr. 10: Revisions-OP's Pankreas.....	20
Kennzahl Nr. 11: Postoperative Wundinfektion.....	21
Kennzahl Nr. 12: Mortalität postoperativ.....	22
Kennzahl Nr. 13: Lokale R0-Resektionen Pankreas (LL QI 1) .....	23
Kennzahl Nr. 14: Lymphknotenuntersuchung (LL QI 2) .....	24
Kennzahl Nr. 15: Pathologische Aufarbeitung.....	25
Kennzahl Nr. 17: Adjuvante Chemotherapie (LL QI 4) .....	26
Kennzahl Nr. 18: Palliative Chemotherapie (LL QI 5) .....	27
Impressum .....	28

## Allgemeine Informationen

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Revisions-OP's infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30d nach Pankreasresektion	4*	0 - 17
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524ff und 5-525ff, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	39,5*	12 - 150
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	9,21%	0,00% - 36,96%



### Grunddaten Kennzahl:

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

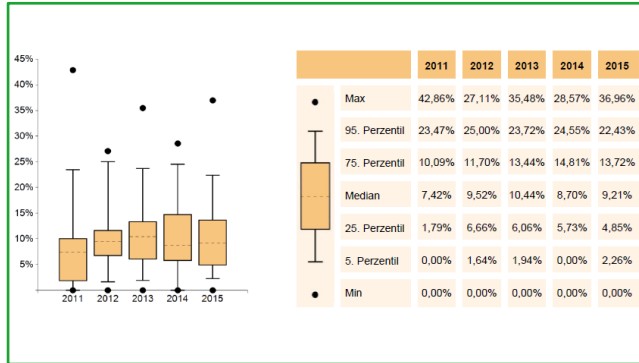
Die Angabe des **Medians** für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

### Diagramm:

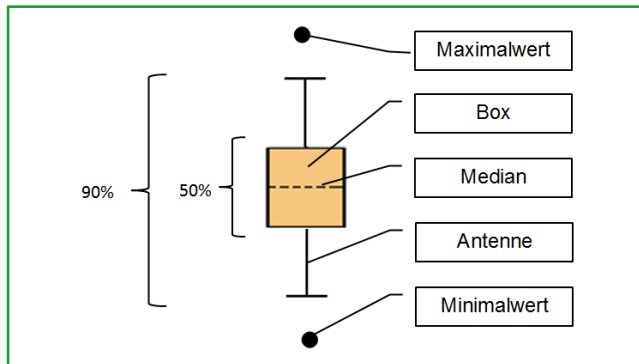
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

## Allgemeine Informationen



### Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2011, 2012, 2013, 2014** und **2015** 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 einen Bereich/Spannweite von 90 Perzentil. Die Extremwerte werden hier als Punkte abgebildet.

## Stand des Zertifizierungssystems für Pankreaskarzinomzentren 2016

	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014	31.12.2013	31.12.2012
Laufende Verfahren	5	8	11	9	3
Zertifizierte Zentren	91	77	67	50	42
Zertifizierte Standorte	93	79	68	50	43

## Allgemeine Informationen

	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014	31.12.2013	31.12.2012
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	83	72	52	42	32
entspricht	89,2%	91,1%	76,5%	84,0%	74,4%
Primärfälle gesamt*	3.877	3.177	2.378	1.813	1.343
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	47	44	46	43	42
Primärfälle pro Standort (Median)*	43	37,5	39	39	37

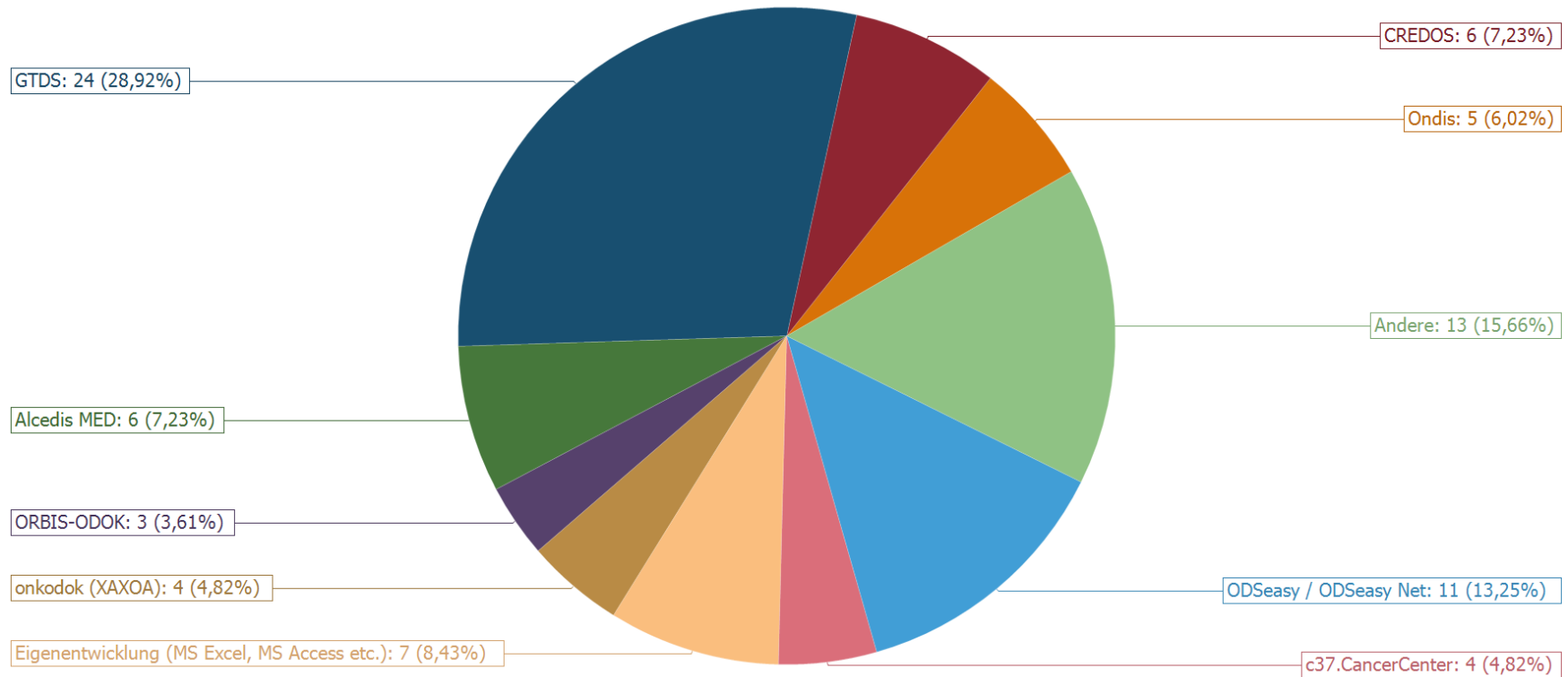
\* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Pankreaskarzinomzentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist der Kennzahlenbogen, der Teil des Erhebungsbogens (Kriterienkatalog Zertifizierung) ist.

In dem Jahresbericht sind nicht alle 93 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 10 Standorte, die im Jahr 2016 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend).

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2015. Sie stellen für die in 2016 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

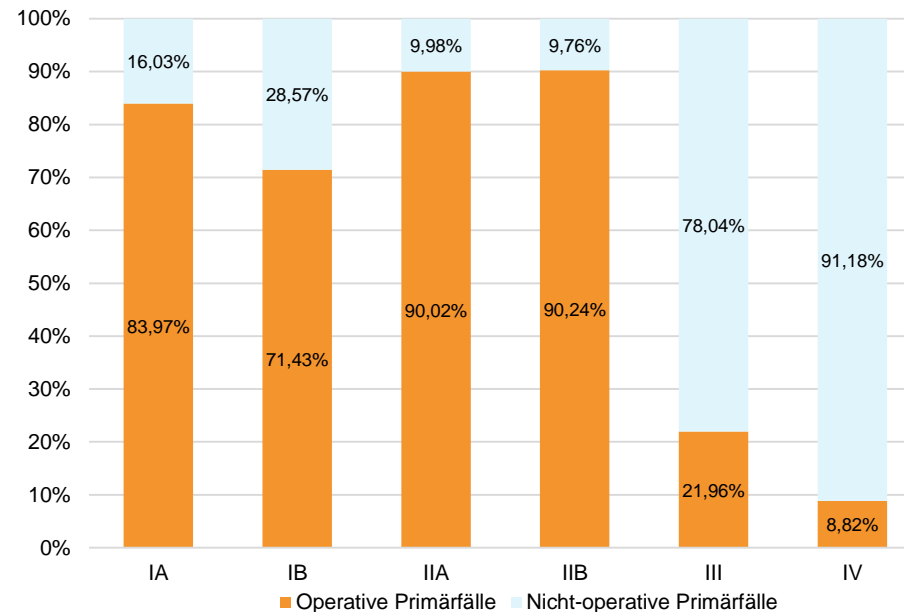
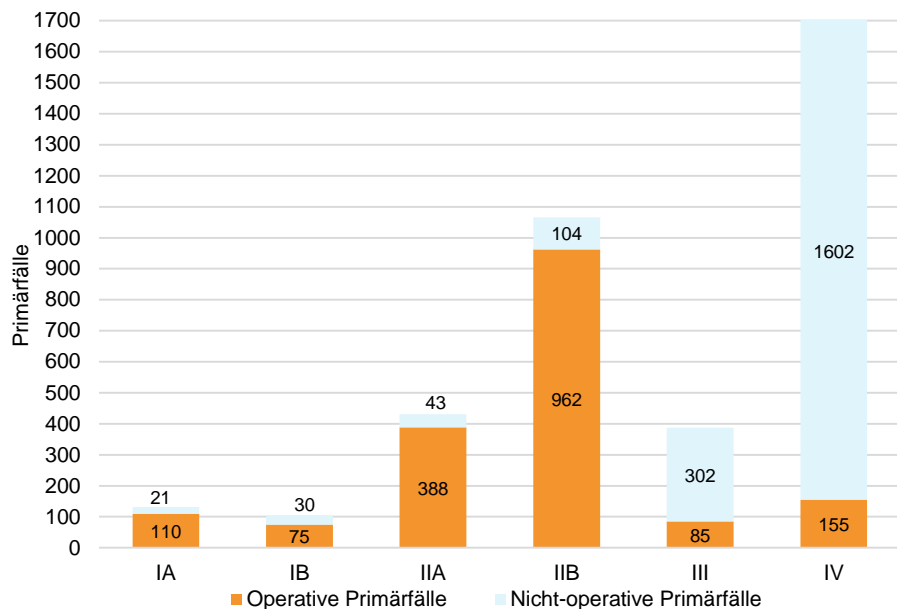
## Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem EXCEL-Anhang zum Erhebungsbogen (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.

Legende:	
Andere	System in ≤ 3 Standorten genutzt

## Basisdaten – Primärfälle Pankreaskarzinom

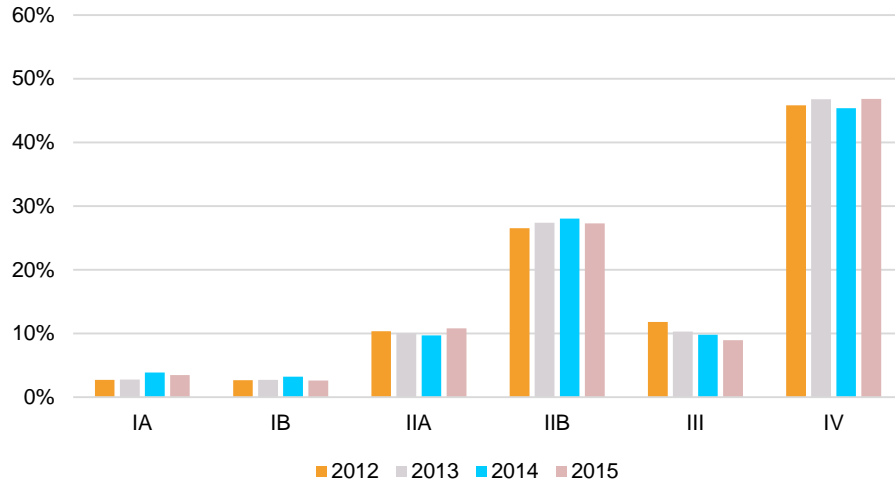


	IA	IB	IIA	IIB	III	IV	Gesamt
<b>Operative Primärfälle</b>	110 (83,97%)	75 (71,43%)	388 (90,02%)	962 (90,24%)	85 (21,96%)	155 (8,82%)	1.775 (45,78%)
<b>Nicht-operative Primärfälle</b>	21 (16,03%)	30 (28,57%)	43 (9,98%)	104 (9,76%)	302 (78,04%)	1.602 (91,18%)	2.102 (54,22%)
<b>Primärfälle gesamt</b>	131 (100%)	105 (100%)	431 (100%)	1.066 (100%)	387 (100%)	1.757 (100%)	3.877 (100%)

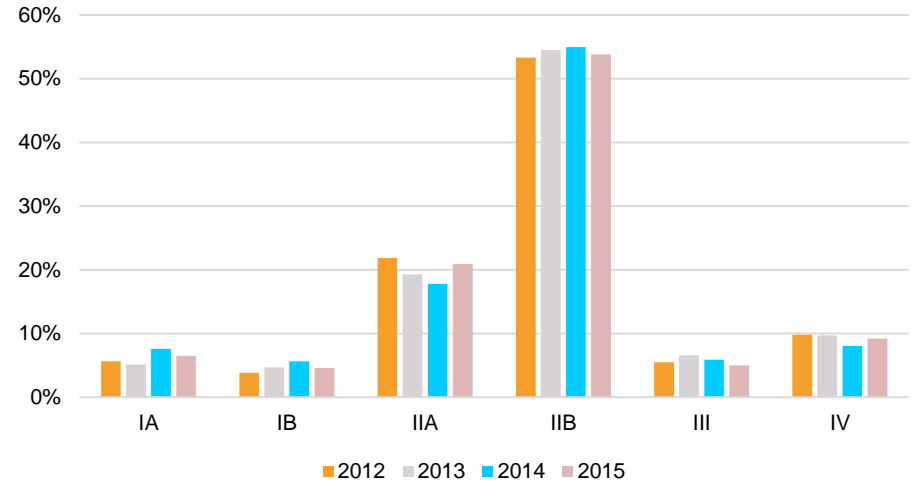


**Basisdaten – Entwicklung 2012-2015**

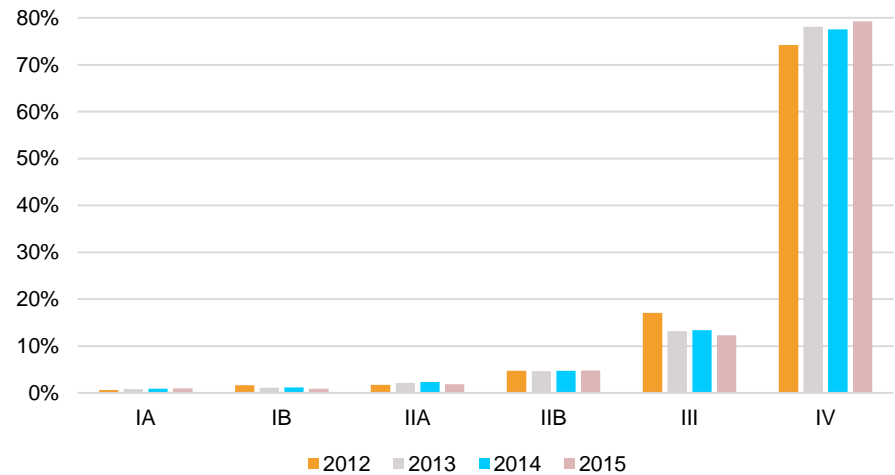
**Stadienverteilung Primärfälle 2012-2015**



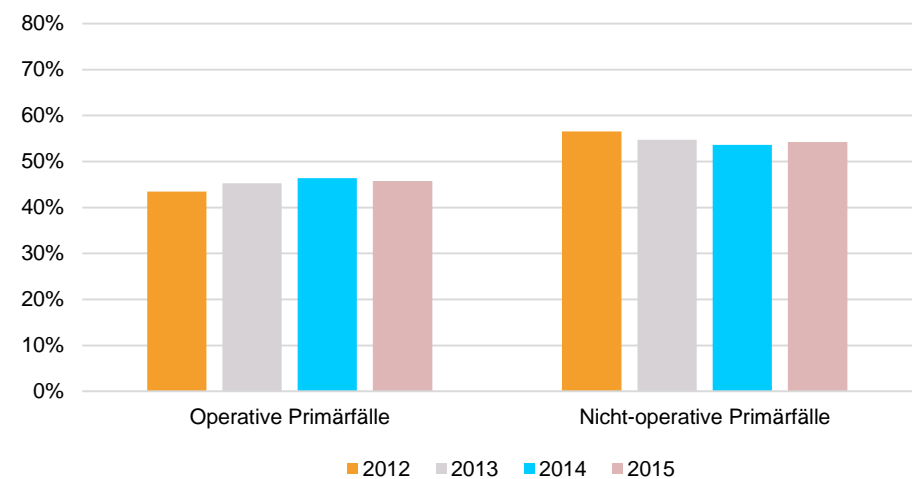
**Stadienverteilung Operative Primärfälle 2012-2015**



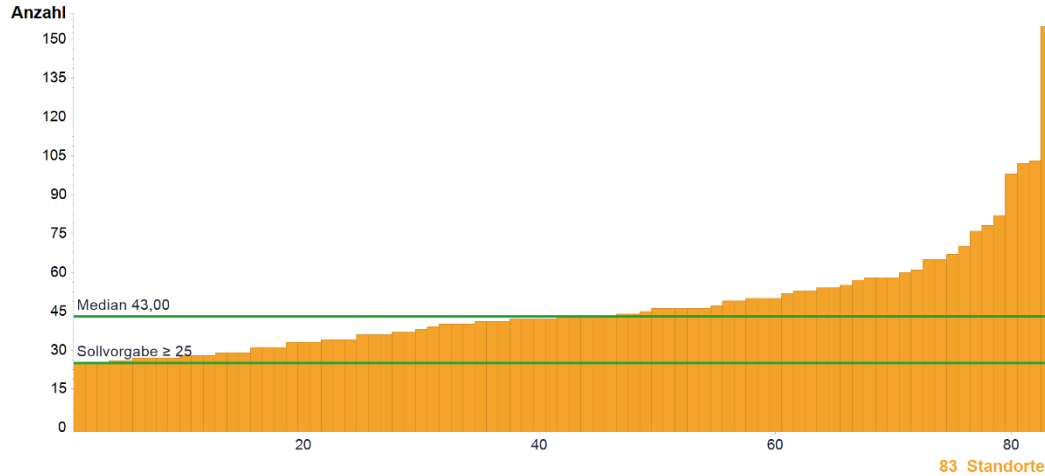
**Stadienverteilung Nicht-operative Primärfälle 2012-2015**



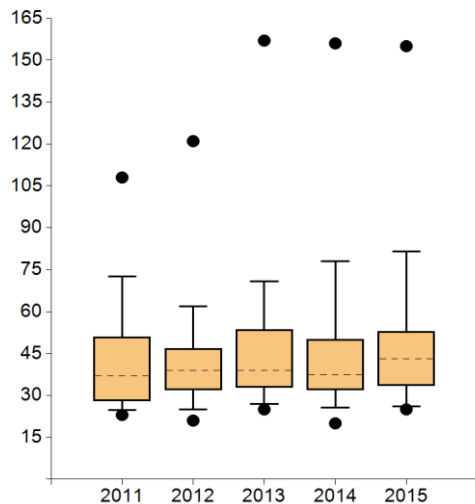
**Verteilung zwischen Operativen und Nicht-operativen Primärfälle 2012-2015**



# 1. Primärfälle Zentrum



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Anzahl	Primärfälle	43	25 - 155
	Sollvorgabe $\geq$ 25		



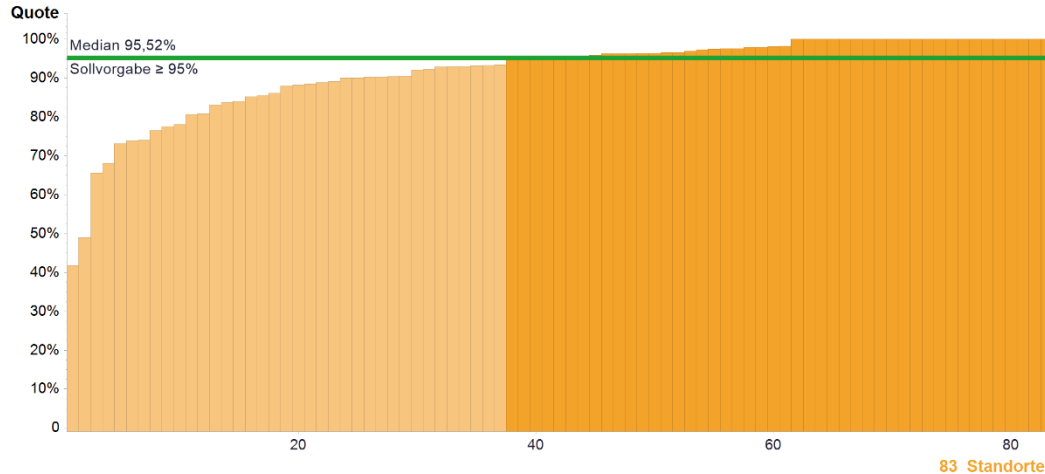
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	108,00	121,00	157,00	156,00	155,00
95. Perzentil	72,60	61,85	70,90	77,95	81,60
75. Perzentil	51,00	46,75	53,50	50,00	53,00
Median	37,00	39,00	39,00	37,50	43,00
25. Perzentil	28,00	32,00	32,75	32,00	33,50
5. Perzentil	24,65	25,00	27,00	25,55	26,10
Min	23,00	21,00	25,00	20,00	25,00

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

**Anmerkungen:**

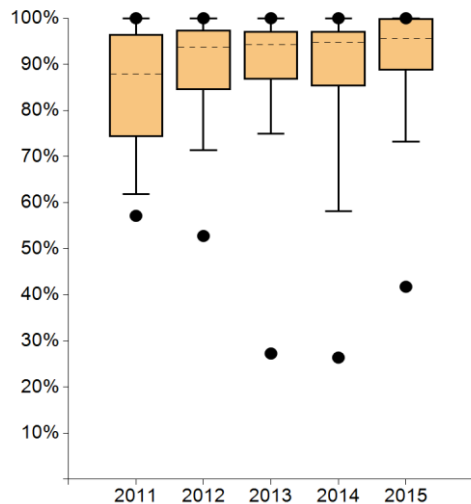
Der Median der Primärfälle ist ansteigend und alle Zentren erreichen die Sollvorgabe. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Primärfallzahl auch in mehr Zentren zunehmend (44 Zentren mit Zunahme vs. 27 Zentren mit Abnahme). Bezogen auf die Inzidenz (16.471, GEKID-Abfrage 5/2017) sind 2015 26% der Patienten mit Pankreaskarzinom in einem zertifizierten Zentrum behandelt worden.

## 2. Prätherapeutische Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit einem Pankreaskarzinom, die in der präoperativen Konferenz vorgestellt wurden	40*	17 - 143
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1)	43*	25 - 155
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	95,52%	41,75% - 100%

\* 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.



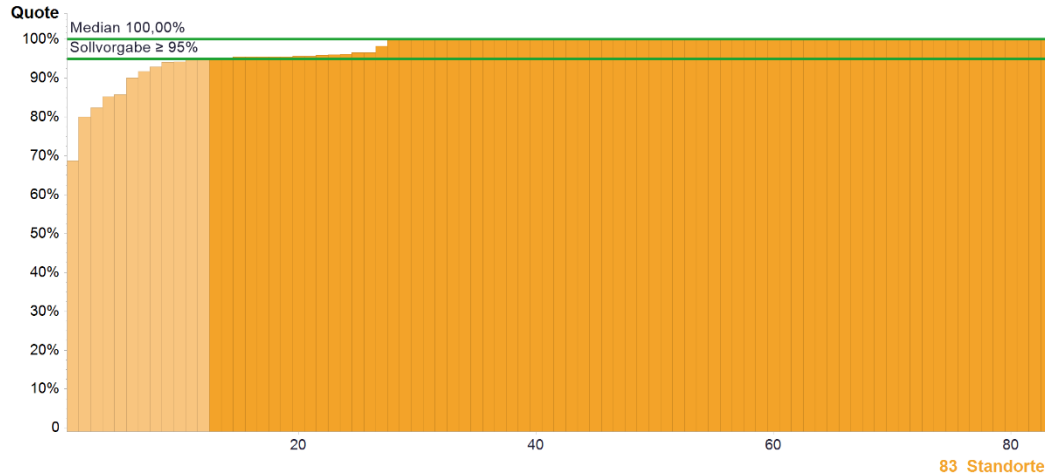
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	96,52%	97,38%	97,16%	97,12%	100%
Median	87,87%	93,77%	94,30%	94,73%	95,52%
25. Perzentil	74,33%	84,44%	86,77%	85,28%	88,68%
5. Perzentil	61,82%	71,32%	74,94%	58,18%	73,16%
Min	57,14%	52,77%	27,27%	26,39%	41,75%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
83	100,00%	46	55,42%

### Anmerkungen:

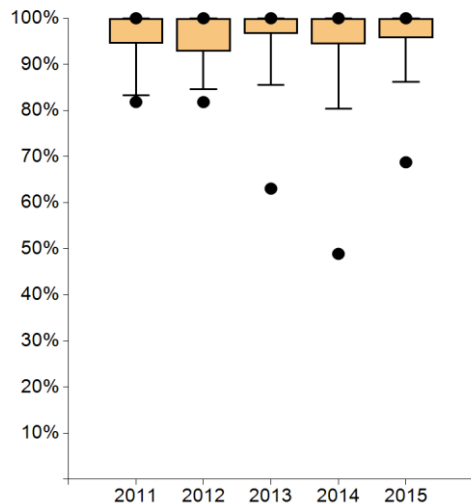
Die Umsetzung der Kennzahl verbessert sich und mehr Zentren erreichen die Sollvorgabe als im Vorjahr (55% vs. 48% Erfüllung der Sollvorgabe). Ungeachtet dessen wird die Vorgabe von 45% der Zentren nicht erreicht. Als Begründungen werden angegeben: intraoperativer Zufallsbefund, dringliche OP-Indikation (z.B. Ikterus), eindeutig palliative Situationen (Auditoren haben in diesen Fällen Hinweise ausgesprochen) und sehr häufig die direkte Einweisung zur OP durch externe Partner aber auch durch andere Abteilungen des Hauses. Als Maßnahmen vereinbart wurden: häufigere Tumorkonferenzen, wiederholte Schulung der Mitarbeiter und Einweiser.

### 3. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Operative Primärfälle Pankreas, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	18*	4 - 63
Nenner	Operative Primärfälle Pankreas (5-524ff und 5-525ff mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	19*	5 - 66
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	68,75% - 100%

\* 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.



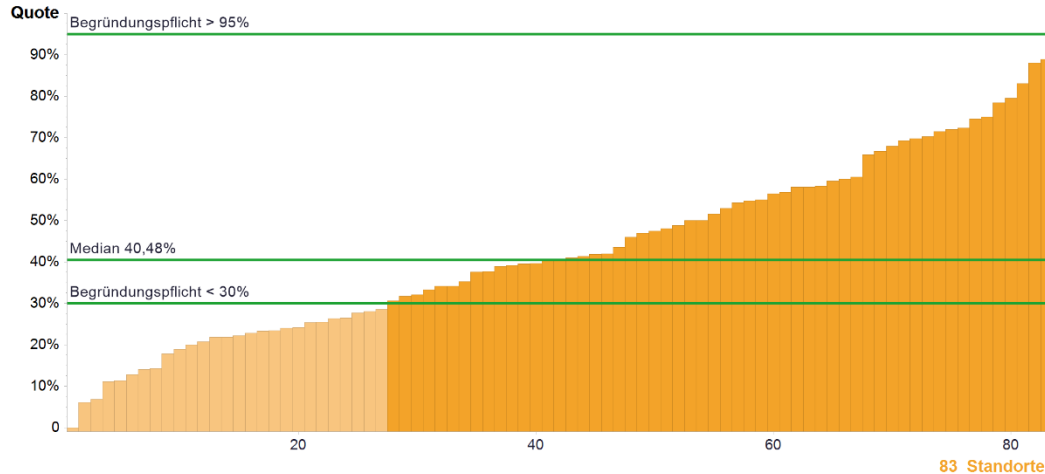
	2011	2012	2013	2014	2015
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	94,55%	92,85%	96,61%	94,44%	95,74%
5. Perzentil	83,33%	84,61%	85,58%	80,36%	86,14%
● Min	81,82%	81,81%	63,04%	48,89%	68,75%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
83	100,00%	71	85,54%

**Anmerkungen:**

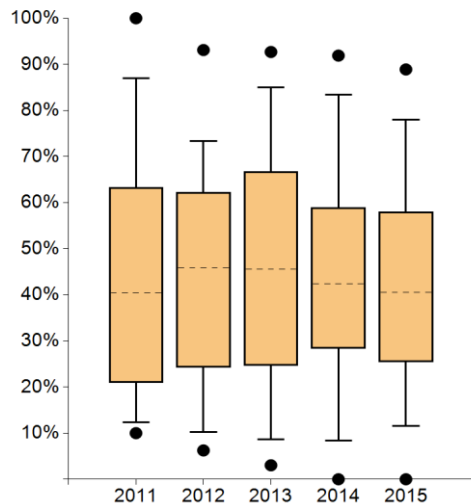
Weiterhin eine sehr gute Umsetzung der postoperativen Tumorkonferenz-Vorstellung. Im Vergleich zu 2015 konnte die Vorstellungsquote in den meisten Zentren gesteigert werden (58 Zentren mit Zunahme bzw. unverändert bei 100% liegender Rate). Die am häufigsten genannte Begründung für eine nicht erfolgte Vorstellung ist das postoperative Versterben der Patienten. Diese Patienten wurden dann in der M&M-Konferenz vorgestellt. Das Zentrum mit dem niedrigsten Wert hat die Tumorkonferenz neu implementiert.

## 4. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	21*	0 - 54
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1) + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	47*	25 - 171
Quote	Begründungspflicht** <30% und >95%	40,48%	0,00% - 88,89%

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



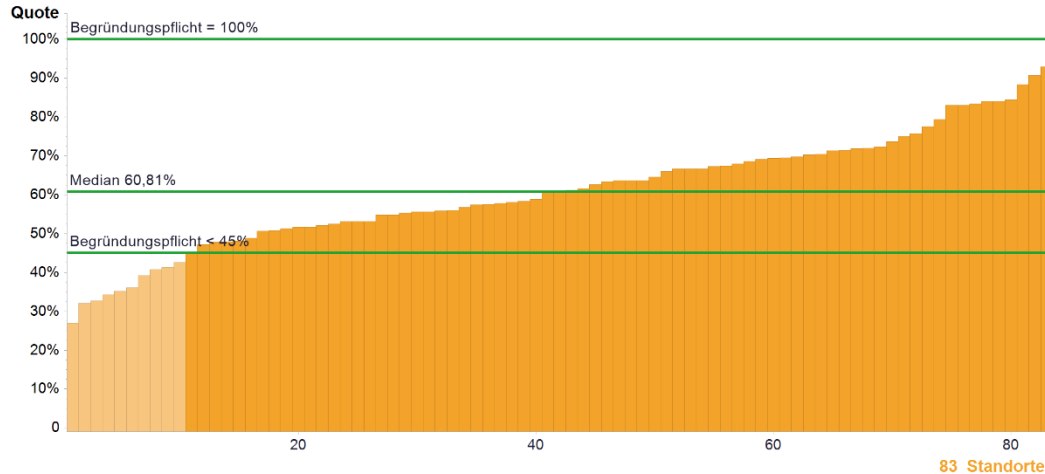
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	100%	93,10%	92,68%	91,89%	88,89%
95. Perzentil	86,96%	73,32%	85,03%	83,45%	78,04%
75. Perzentil	63,26%	62,21%	66,67%	58,89%	58,06%
Median	40,34%	45,80%	45,51%	42,41%	40,48%
25. Perzentil	21,00%	24,33%	24,68%	28,43%	25,41%
5. Perzentil	12,32%	10,30%	8,66%	8,37%	11,51%
Min	10,00%	6,25%	3,03%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
83	100,00%	56	67,47%

### Anmerkungen:

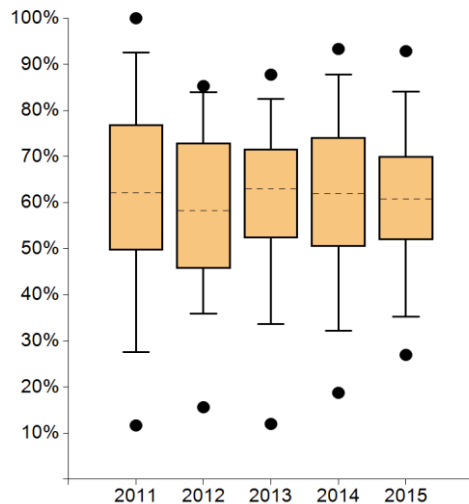
Der Median der Kennzahl ist über den Verlauf abfallend. Allerdings haben die Zentren, die im Vorjahr die niedrigsten Beratungsquoten hatten, ihre Ergebnisse verbessert. Das Zentrum mit der fehlenden Psychoonkologischen Beratung (= 0%) gibt an, dass kein/e Psychoonkologe/-in mit entsprechender Qualifikation auf die ausgeschriebene Stelle antwortet. Der Auditor hat eine Abweichung formuliert. Häufige Begründungen für niedrige Quoten sind der fehlende Bedarf nach erfolgtem Screening bzw. die Ablehnung durch die Patienten.

## 5. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die durch den Sozialdienst beraten wurden	29*	8 - 107
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1) + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	47*	25 - 171
Quote	Begründungspflicht** <45% und =100%	60,81%	26,98% - 92,86%

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



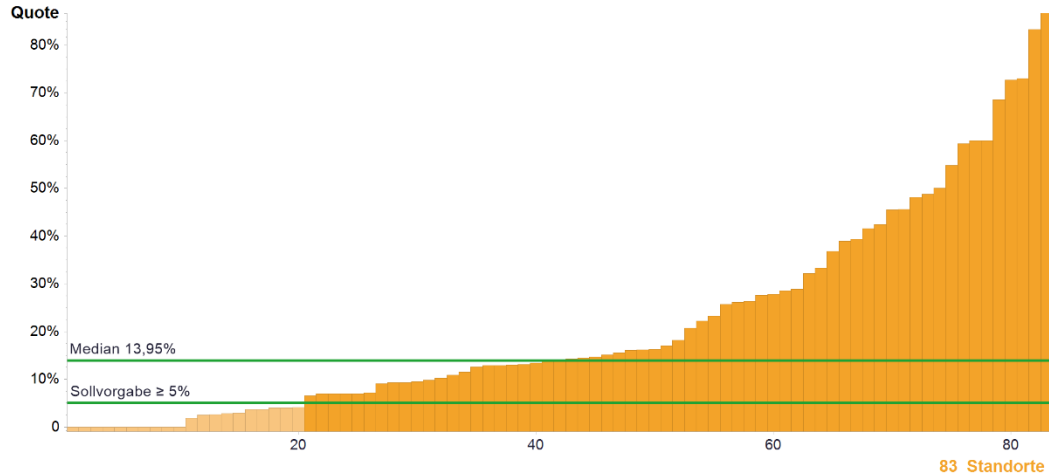
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	100%	85,29%	87,76%	93,33%	92,86%
95. Perzentil	92,60%	83,92%	82,52%	87,84%	84,00%
75. Perzentil	76,86%	72,91%	71,63%	74,08%	70,01%
Median	62,06%	58,33%	63,07%	62,02%	60,81%
25. Perzentil	49,71%	45,67%	52,25%	50,49%	51,86%
5. Perzentil	27,55%	35,90%	33,70%	32,18%	35,28%
Min	11,67%	15,62%	12,00%	18,75%	26,98%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
83	100,00%	73	87,95%

### Anmerkungen:

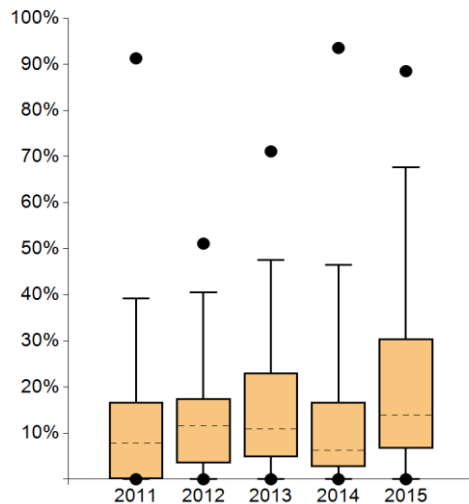
Der Median der Kennzahl sinkt über den Verlauf der Zeit ab. Zudem ist in mehr Zentren die Rate der sozialarbeiterischen Beratungen abnehmend (39 Zentren mit Abnahme vs. 32 Zentren mit Zunahme). Bedingt ist das v.a. durch die Ausweitung des Nenners (= inkl. Rezidiv und Metastasen), der die Zunahme des Zählers nicht in gleicher Weise gefolgt ist. Als Begründung für niedrige Quoten wird angegeben: Dokumentationsprobleme im ambulanten Bereich, Patienten, die bereits aus einer Pflegeeinrichtung kommen und deswegen keine Beratung benötigen, direkte Weiterleitung in die geriatrische Reha und dort sozialarbeiterische Beratung.

## 6. Studienteilnahme



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit Pankreaskarzinom (nicht nur Primärfälle), die in eine Studie eingebracht wurden	6*	0 - 92
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1)	43*	25 - 155
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	13,95%	0,00% - 88,52%

\* 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.



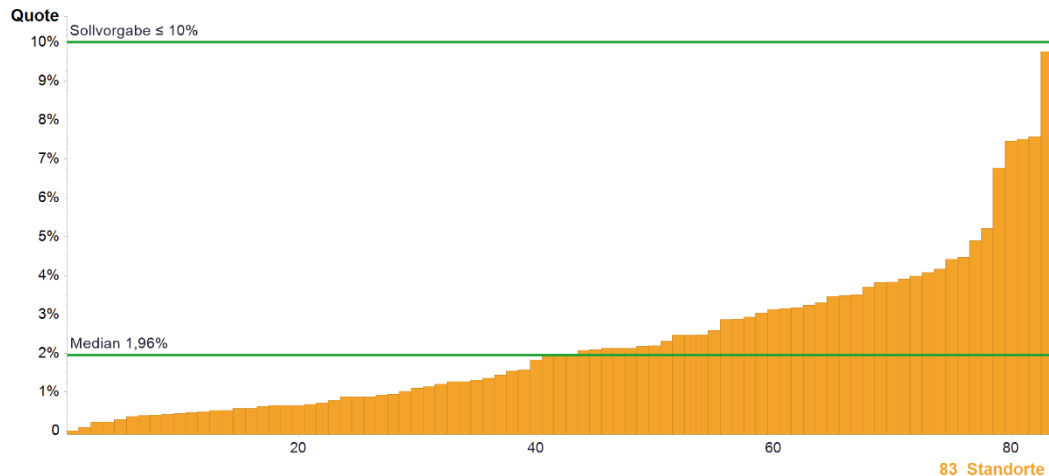
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	91,30%	51,11%	71,11%	93,55%	88,52%
95. Perzentil	39,18%	40,57%	47,52%	46,47%	67,71%
75. Perzentil	16,74%	17,54%	23,10%	16,73%	30,52%
Median	7,90%	11,57%	10,88%	6,25%	13,95%
25. Perzentil	0,00%	3,49%	4,81%	2,65%	6,71%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
83	100,00%	63	75,90%

### Anmerkungen:

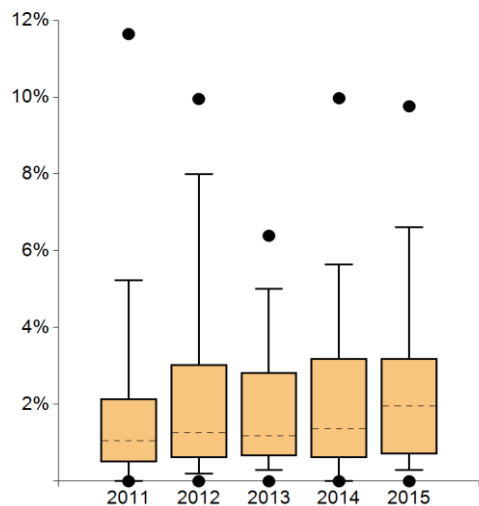
Die Studienquote wird besser erfüllt und im Vergleich zum Vorjahr sind deutlich mehr Patienten in Studien eingeschlossen worden (788 vs. 538 Patienten mit Studieneinschluss). 10 Zentren haben keinen Patienten in Studien eingeschlossen und damit weniger als im Vorjahr (= 15 Zentren). Als Begründungen für niedrige Quoten werden genannt: fehlendes Angebot (v.a. in der Schweiz), Nicht-Erfüllen der Einschlusskriterien, Ablehnung durch Patienten.

## 7a. Endoskopie Komplikationen – Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit endoskopiespezifischen Komplikationen. Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1)	5*	0 - 71
Nenner	Per ERCP untersuchte Patienten	373*	41 - 1386
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	1,96%	0,00% - 9,76%

\* 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.



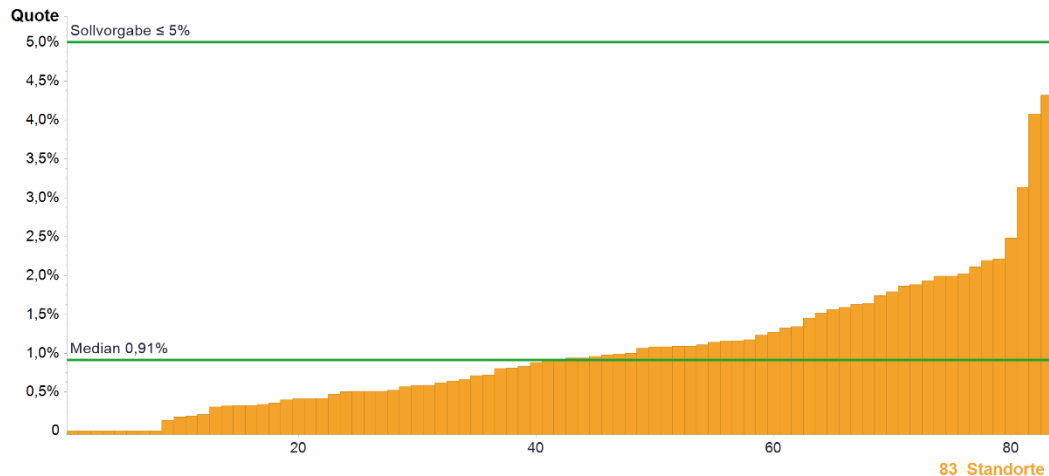
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	11,64%	9,95%	6,39%	9,97%	9,76%
95. Perzentil	5,23%	8,00%	5,00%	5,65%	6,60%
75. Perzentil	2,15%	3,04%	2,83%	3,19%	3,20%
Median	1,05%	1,27%	1,18%	1,37%	1,96%
25. Perzentil	0,51%	0,61%	0,66%	0,61%	0,70%
5. Perzentil	0,00%	0,20%	0,30%	0,00%	0,30%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

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

**Anmerkungen:**  
Alle Zentren erfüllen die Sollvorgabe.

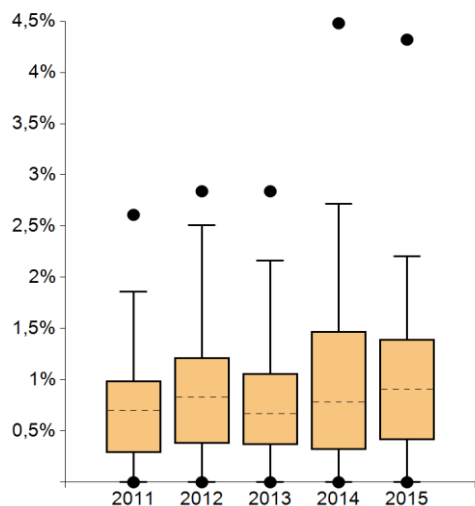


## 7b. Endoskopie Komplikationen - Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit endoskopiespezifischen Komplikationen. Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1)	3*	0 - 14
Nenner	Per ERCP untersuchte Patienten	373*	41 - 1386
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	0,91%	0,00% - 4,32%

\* 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.

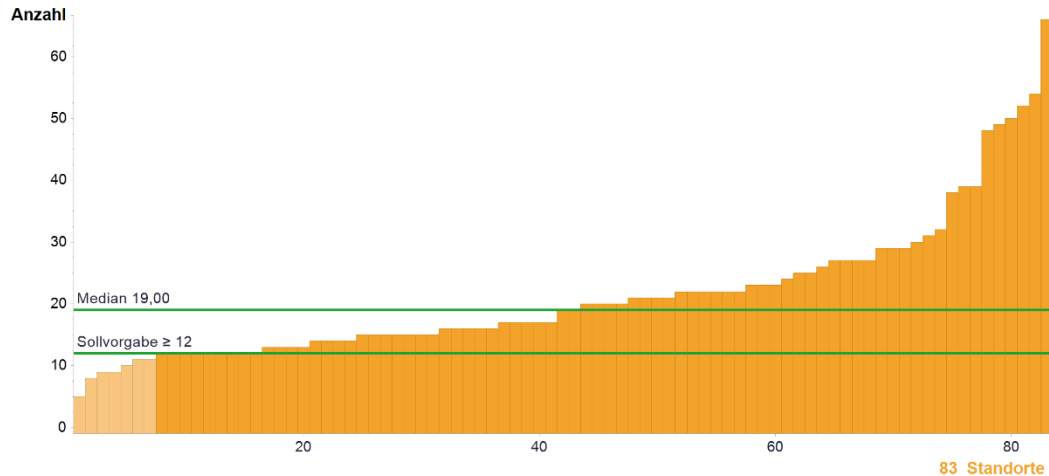


	2011	2012	2013	2014	2015
Max	2,61%	2,84%	2,84%	4,48%	4,32%
95. Perzentil	1,86%	2,51%	2,17%	2,72%	2,21%
75. Perzentil	0,99%	1,22%	1,06%	1,47%	1,40%
Median	0,70%	0,83%	0,67%	0,79%	0,91%
25. Perzentil	0,29%	0,38%	0,37%	0,32%	0,42%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

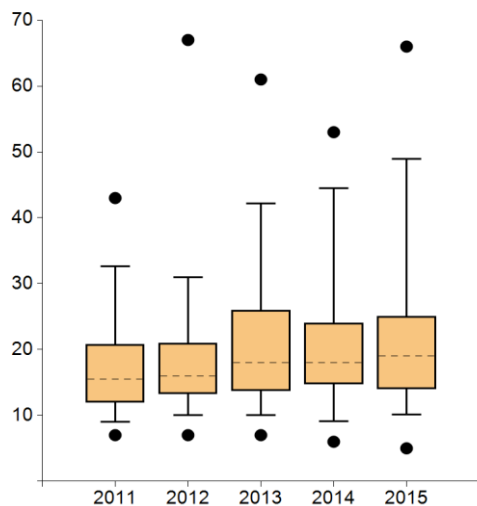
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
83	100,00%	83	100,00%

**Anmerkungen:**  
Alle Zentren erfüllen die Sollvorgabe.

## 8. Operative Primärfälle Pankreas (ausschließlich ICD-10 C25 in Verbindung mit 5-524ff und 5-525ff)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Anzahl	Operative Primärfälle Pankreas (5-524ff, 5-525ff ausschließlich mit ICD-10 C25) (Def. 5.2.4)	19	5 - 66
	Sollvorgabe ≥ 12		



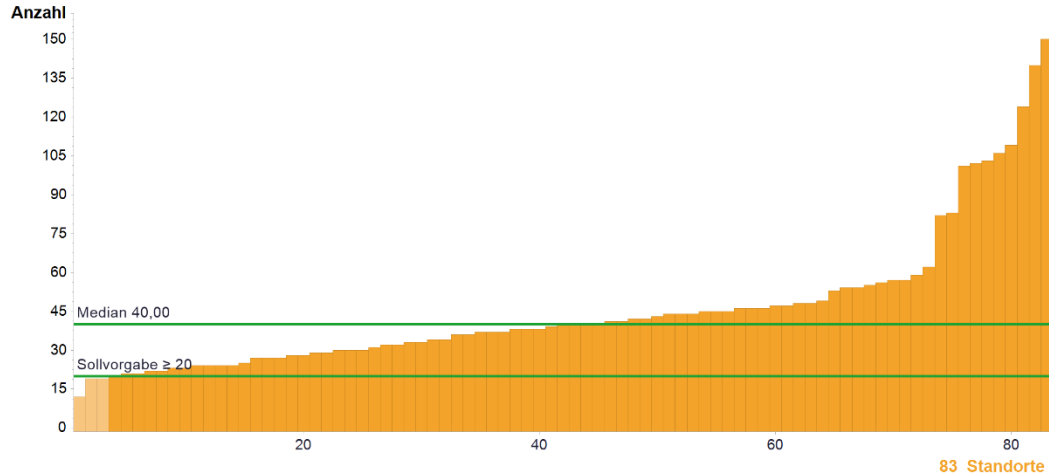
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	43,00	67,00	61,00	53,00	66,00
95. Perzentil	32,60	31,00	42,15	44,45	48,90
75. Perzentil	20,75	21,00	26,00	24,00	25,00
Median	15,50	16,00	18,00	18,00	19,00
25. Perzentil	12,00	13,25	13,75	14,75	14,00
5. Perzentil	9,00	10,05	10,00	9,10	10,10
Min	7,00	7,00	7,00	6,00	5,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
83	100,00%	76	91,57%

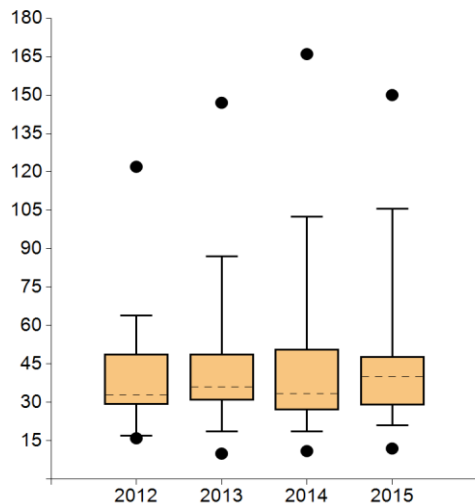
### Anmerkungen:

Die Anzahl der operativen Primärfälle mit Pankreas-karzinom ist genau wie die Anzahl der Primärfälle ansteigend. Die Zentren mit den niedrigsten Werten im Vorjahr haben ihre operativen Primärfälle gesteigert. 5 Standorte im Überwachungsaudit und 2 Standorte mit Wiederholaudit (= Re-Zertifizierung) erreichen die Sollvorgabe nicht. Das Erreichen der Sollvorgabe ist bei Erst- und allen Re-Zertifizierungen Pflicht. Beide Zentren mit Wiederholaudit haben die Primärfälle im Durchschnitt der letzten 3 Jahre erreicht. 2015 wurden 28% der Operationen bei Pankreaskarzinom in zertifizierten Zentren erbracht (DRG-Statistik 2017).

## 9. Operative Expertise Pankreas gesamt



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Anzahl	Pankreasresektionen (Pankreaslinks-, Pankreaskopf-resektion, Totale Pankreatektomie, 5-524ff und 5-525ff, mit u. ohne ICD-10 C25)	40	12 - 150
	Sollvorgabe ≥ 20		



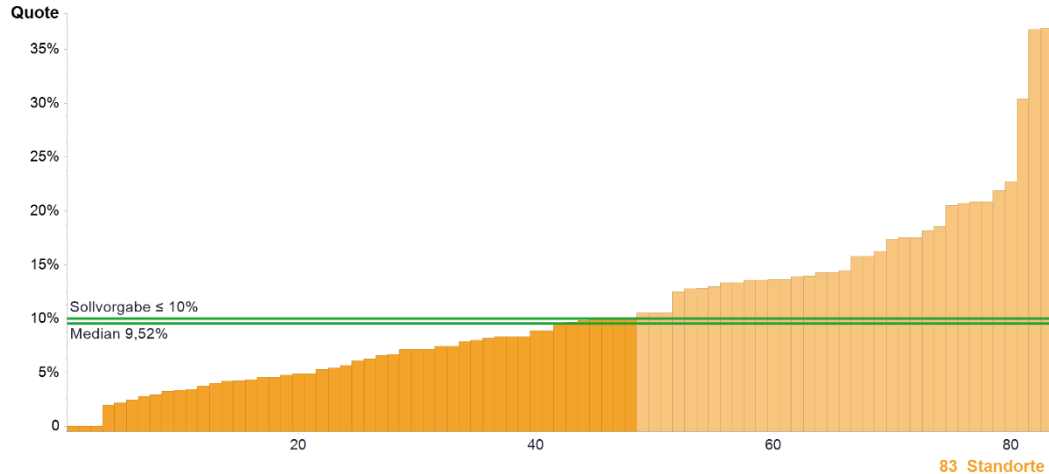
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	----	122,00	147,00	166,00	150,00
95. Perzentil	----	63,90	87,00	102,45	105,70
75. Perzentil	----	49,00	49,00	50,75	48,00
Median	----	33,00	36,00	33,50	40,00
25. Perzentil	----	29,25	30,75	27,00	29,00
5. Perzentil	----	17,05	18,65	18,65	21,00
Min	----	16,00	10,00	11,00	12,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
83	100,00%	80	96,39%

**Anmerkungen:**

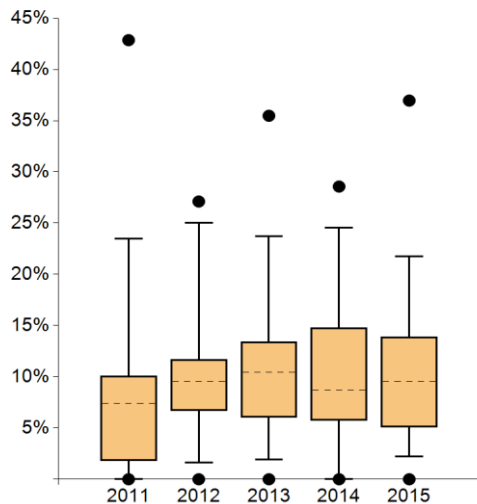
Auch der Median der operativen Gesamtexpertise ist über den Verlauf der Zeit ansteigend. 3 Zentren erfüllen die Sollvorgabe nicht. Diese befanden sich im Überwachungsaudit. In den meisten Zentren hat die Anzahl der durchgeführten Pankreasresektionen zugenommen (42 Zentren mit Zunahme vs. 29 Zentren mit Abnahme).

## 10. Revisions-OP's Pankreas



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Revisions-OP's infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30d nach Pankreasresektion	4*	0 - 17
Nenner	Pankreasresektionen (5-524ff und 5-525ff, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	40*	12 - 150
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	9,52%	0,00% - 36,96%

\* 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.



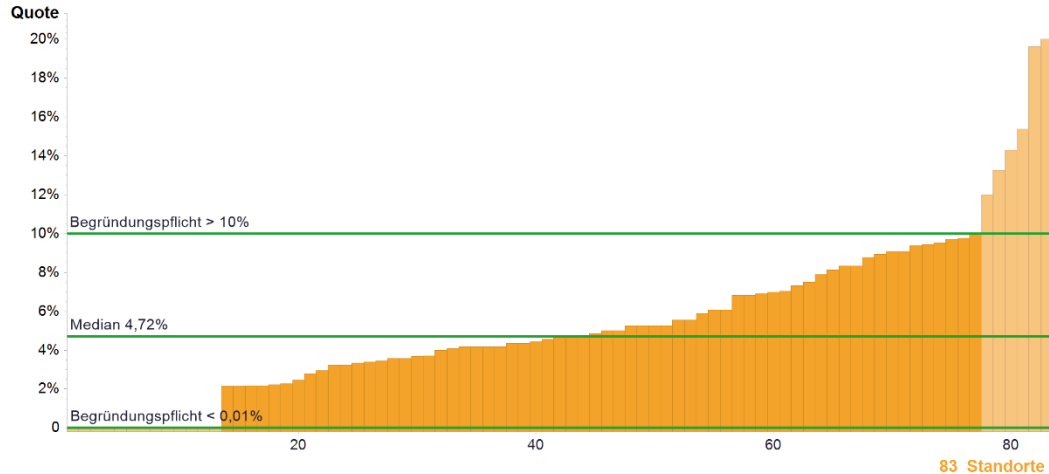
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	42,86%	27,11%	35,48%	28,57%	36,96%
95. Perzentil	23,47%	25,00%	23,72%	24,55%	21,78%
75. Perzentil	10,09%	11,70%	13,44%	14,81%	13,92%
Median	7,42%	9,52%	10,44%	8,70%	9,52%
25. Perzentil	1,79%	6,66%	6,06%	5,73%	5,07%
5. Perzentil	0,00%	1,64%	1,94%	0,00%	2,20%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
83	100,00%	48	57,83%

### Anmerkungen:

Der Median der Rate der Revisionseingriffe ist zunehmend. Die 5 Zentren mit den höchsten Revisionsraten hatten auch im Vorjahr Ergebnisse oberhalb der Sollvorgabe. Die Auditoren haben eine Reihe von Abweichungen ausgesprochen, um die Ergebnisse der vereinbarten Maßnahmen kurzfristig zu kontrollieren. Als Begründungen für die Revisions-OP's werden v.a. angegeben: Nachblutungen, Insuffizienzen, post-OP Pankreatitis. Als Maßnahmen wurden durch die Zentren umgesetzt: Umstellung der Anastomosentechnik, strengere Indikationsstellung, bessere Vorbereitung der Patienten, Aufarbeitung in den M&M-Konferenzen. Die Auditoren haben in den entsprechenden Zentren bereits im Auditjahr eine Besserung der Kennzahlenergebnisse beschrieben.

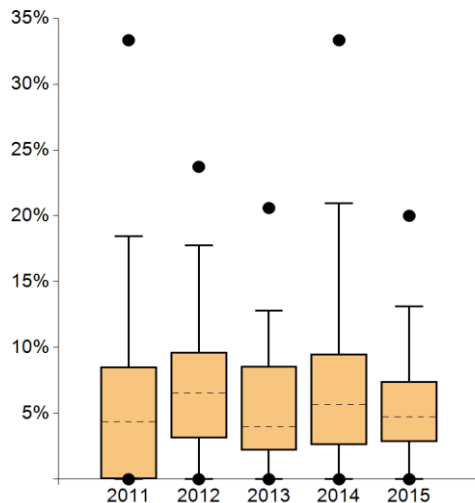
## 11. Postoperative Wundinfektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30d nach Pankreasresektion mit Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	2*	0 - 20
Nenner	Pankreasresektionen (5-524ff und 5-525ff, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	40*	12 - 150
Quote	Begründungspflicht** <0,01% und >10%	4,72%	0,00% - 20,00%

\* 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.

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



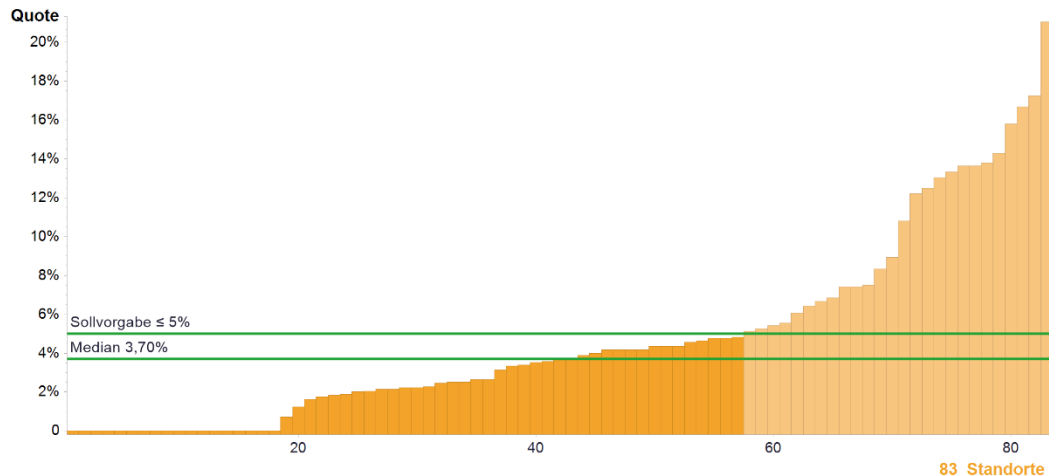
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	33,33%	23,72%	20,59%	33,33%	20,00%
95. Perzentil	18,47%	17,76%	12,80%	20,93%	13,13%
75. Perzentil	8,52%	9,66%	8,57%	9,52%	7,41%
Median	4,35%	6,56%	4,01%	5,65%	4,72%
25. Perzentil	0,00%	3,12%	2,21%	2,60%	2,86%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
83	100,00%	64	77,11%

### Anmerkungen:

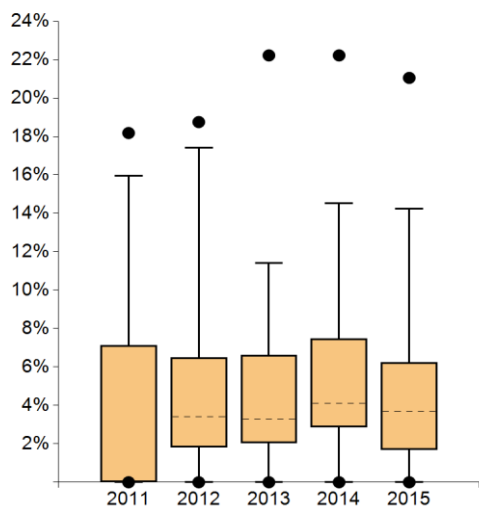
Der Median der postoperativen Wundinfektionen nach Pankreasresektion verändert sich nur wenig. Die Zentren mit den schlechtesten Werten im Vorjahr haben sich alle verbessert. Fortgeschrittene Karzinome und bestehende Komorbiditäten werden als Begründungen für hohe Wundinfektionsraten angegeben.

## 12. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Postoperativ verstorbene Patienten nach Pankreasresektionen innerhalb von 30d	1*	0 - 7
Nenner	Pankreasresektionen (5-524ff und 5-525ff, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	40*	12 - 150
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	3,70%	0,00% - 21,05%

\* 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.



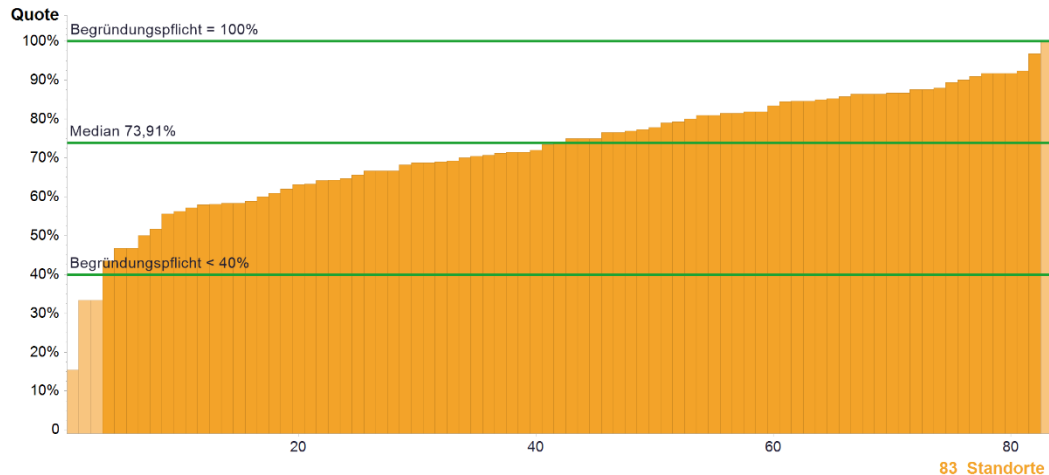
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	18,18%	18,75%	22,22%	22,22%	21,05%
95. Perzentil	15,96%	17,42%	11,40%	14,52%	14,24%
75. Perzentil	7,14%	6,50%	6,62%	7,46%	6,24%
Median	0,00%	3,41%	3,28%	4,11%	3,70%
25. Perzentil	0,00%	1,83%	2,04%	2,86%	1,68%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
83	100,00%	57	68,67%

### Anmerkungen:

Der Median ist erfreulicherweise abnehmend. Im Vergleich zum Vorjahr nimmt zudem die Gesamtzahl der postoperativ verstorbenen Patienten ab (119 vs. 148) bei zugleich zunehmender Grundgesamtheit (3.206 vs. 3.124). Das Zentrum mit der höchsten Rate im Vorjahr hat sein Ergebnis deutlich verbessert. Ungeachtet dessen erreichen nur 57 Zentren die Sollvorgabe ( $\leq 5\%$ ). Als Begründungen für hohe Raten werden angegeben: postoperatives Multiorganversagen nach Embolie, Sepsis, Krampfanfall. Darüber hinaus postoperative Fistel-Blutungen. Maßnahmen für die Verbesserung: intensivere präoperative Diagnostik gemeinsam mit Anästhesie, strengere Indikationsstellung und M&M-Konferenzen mit Analyse der Einzelfälle.

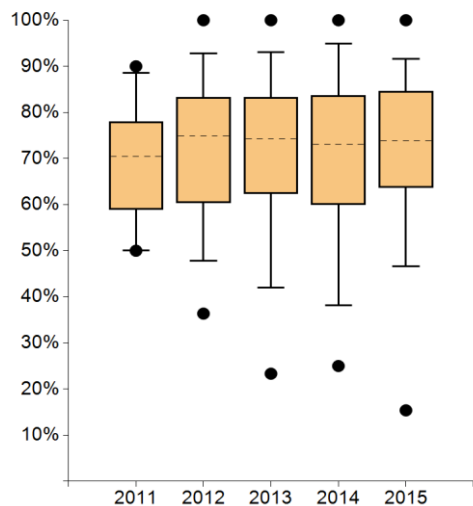
### 13. Lokale R0-Resektionen Pankreas (LL QI 1)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Lokale R0-Resektionen Pankreas nach Abschluss der operativen Therapie	13*	2 - 59
Nenner	Operative Primärfälle Pankreas (5-524ff, 5-525ff ausschließlich mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	19*	5 - 66
Quote	Begründungspflicht** <40% und =100%	73,91%	15,38% - 100%

\* 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.

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



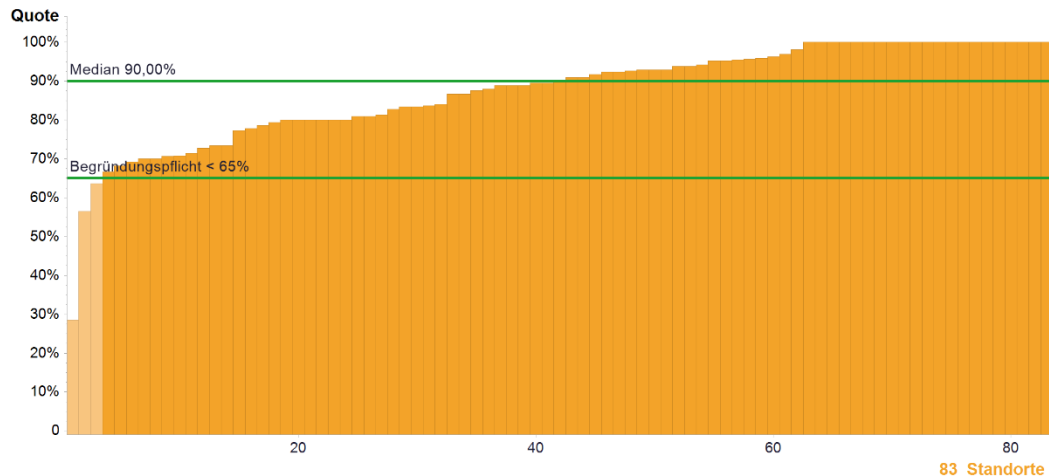
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	90,00%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	88,60%	92,82%	93,07%	94,86%	91,67%
75. Perzentil	77,98%	83,33%	83,33%	83,65%	84,62%
Median	70,50%	75,00%	74,34%	73,03%	73,91%
25. Perzentil	58,88%	60,38%	62,37%	60,00%	63,69%
5. Perzentil	50,00%	47,88%	41,96%	38,16%	46,67%
Min	50,00%	36,36%	23,33%	25,00%	15,38%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
83	100,00%	79	95,18%

**Anmerkungen:**

Der Median der Kennzahl bleibt über den Verlauf der Zeit annähernd gleich. Als Begründungen für niedrige R0-Resektionsraten werden angegeben: lokal fortgeschrittene Tumore und R1-Situation am dorsalen Schnitttrand. Die Zentren mit den niedrigsten R0-Raten im Vorjahr haben sich verbessert und insgesamt haben mehr Zentren eine höhere R0-Rate gegenüber dem Vorjahr (39 vs. 32 Zentren mit Zunahme R0-Quote).

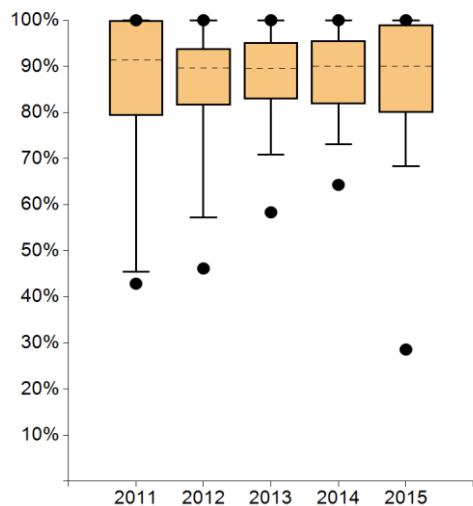
## 14. Lymphknotenuntersuchung (LL QI 2)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Operative Primärfälle Pankreas mit $\ge 10$ regionären LK im OP-Präparat nach Abschluss der operativen Therapie	15*	2 - 61
Nenner	Operative Primärfälle Pankreas (5-524ff, 5-525ff ausschließlich mit ICD-10 C25), die eine Lymphadenektomie erhalten haben	17*	5 - 66
Quote	Begründungspflicht** $<65\%$	90,00%	28,57% - 100%

\* 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.

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



	2011	2012	2013	2014	2015
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	93,92%	95,16%	95,58%	99,04%
Median	91,30%	89,68%	89,47%	90,00%	90,00%
25. Perzentil	79,29%	81,59%	82,81%	81,88%	80,00%
5. Perzentil	45,45%	57,14%	70,79%	73,11%	68,29%
● Min	42,86%	46,15%	58,33%	64,29%	28,57%

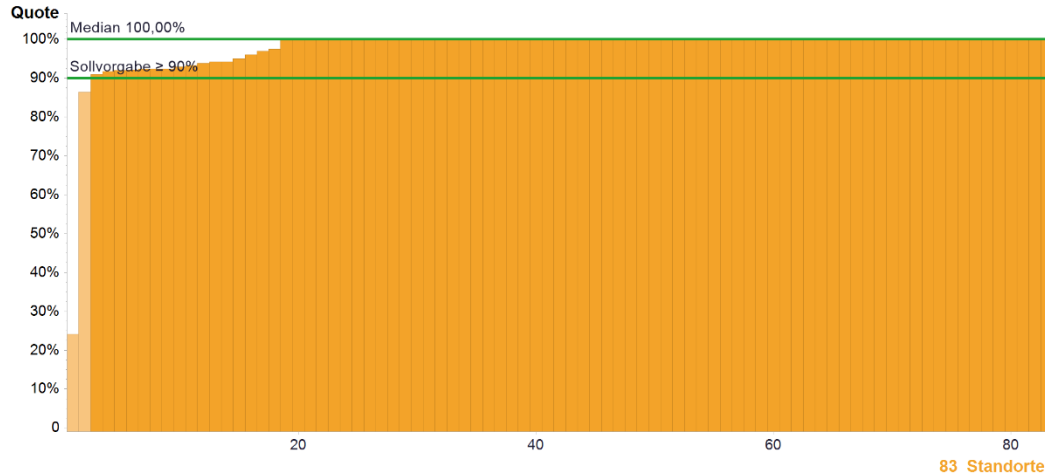
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
83	100,00%	80	96,39%

### Anmerkungen:

Der Qualitätsindikator ist sehr gut implementiert. Das Zentrum mit der niedrigsten Rate hat eine kleine Grundgesamtheit (= 7 Patienten). Der Auditor hat die OP-Technik mit dem Zentrum besprochen und keine Auffälligkeiten feststellen können. Als Maßnahme wurde die erneute Absprache mit der Pathologie vereinbart.

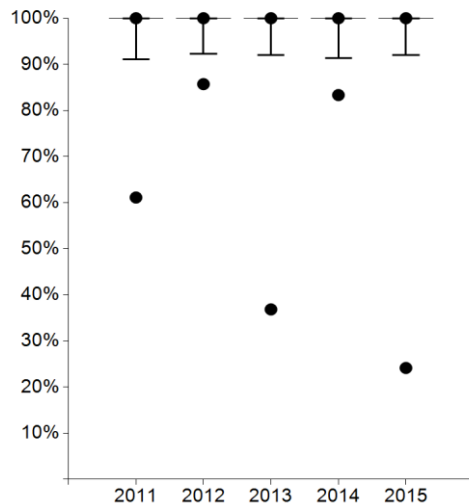


## 15. Pathologische Aufarbeitung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Operative Primärfälle mit pathologisch vollständig aufgearbeiteten Präparaten entsprechend EB 8.10	17*	5 - 64
Nenner	Operative Primärfälle Pankreas (5-524ff, 5-525ff ausschließlich mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	19*	5 - 66
Quote	Sollvorgabe $\geq$ 90%	100%	24,14% - 100%

\* 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.



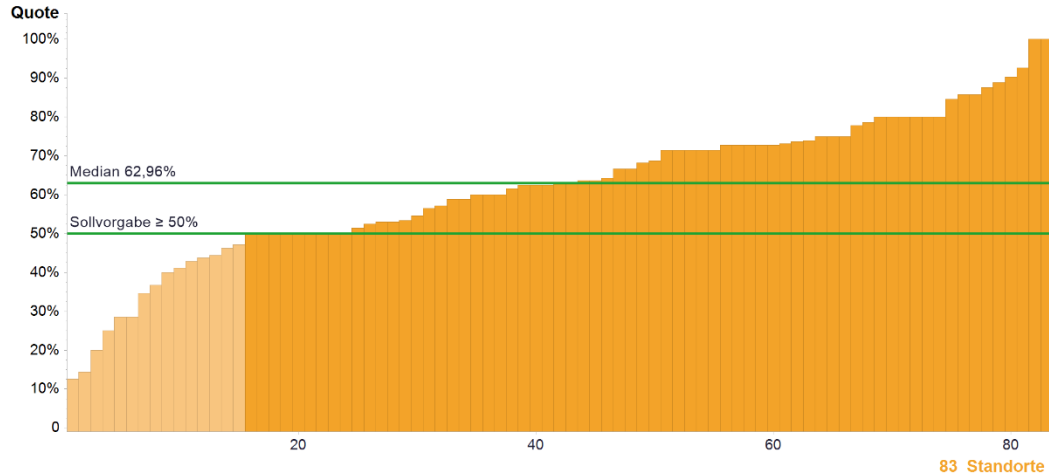
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil	91,04%	92,30%	92,02%	91,33%	92,01%
Min	61,11%	85,71%	36,84%	83,33%	24,14%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
83	100,00%	81	97,59%

### Anmerkungen:

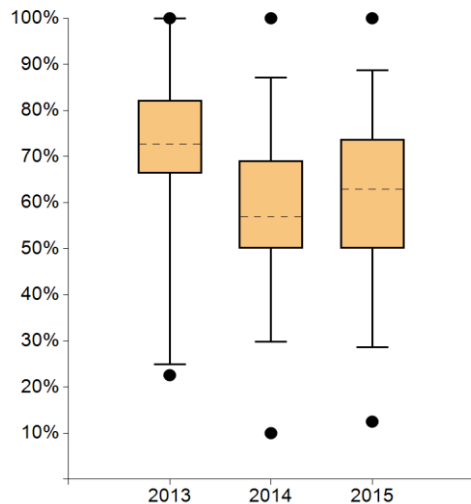
Sehr gute Umsetzung des Qualitätsindikators. Lediglich 2 Zentren erreichen die Sollvorgabe nicht. Das Zentrum mit der niedrigsten Rate an vollständigen Pathologieberichten hat die Prozesse erst mit der Zertifizierung implementiert. Als Maßnahme wurde die Rücksprache mit der Pathologie umgesetzt, damit Perineuralscheiden-, Lymph- und Gefäßinfiltration in den Befund aufgenommen werden.

## 17. Adjuvante Chemotherapie (LL QI 4)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Operative Primärfälle Pankreaskarzinom UICC Stad. I-III, R0-Resektion und adjuvanter Chemotherapie mit Gemcitabin o. 5-FU/Folinsäure	8*	1 - 50
Nenner	Operative Primärfälle Pankreaskarzinom UICC Stad. I-III und R0-Resektion	11*	2 - 54
Quote	Sollvorgabe $\geq 50\%$	62,96%	12,50% - 100%

\* 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.



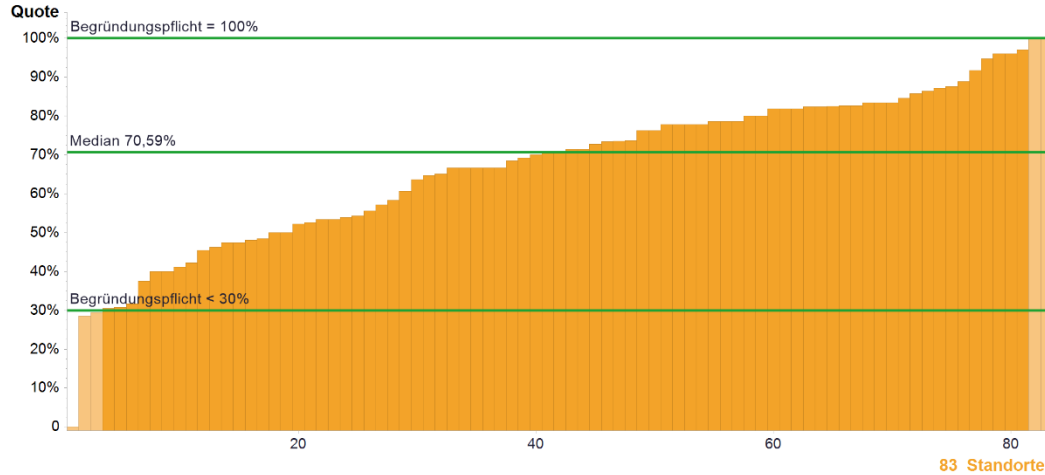
	2011	2012	2013	2014	2015
● Max	----	----	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	----	100%	87,14%	88,75%
75. Perzentil	----	----	82,22%	69,06%	73,80%
Median	----	----	72,73%	56,98%	62,96%
25. Perzentil	----	----	66,35%	50,00%	50,00%
5. Perzentil	----	----	24,97%	29,78%	28,57%
● Min	----	----	22,58%	10,00%	12,50%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
83	100,00%	68	81,93%

### Anmerkungen:

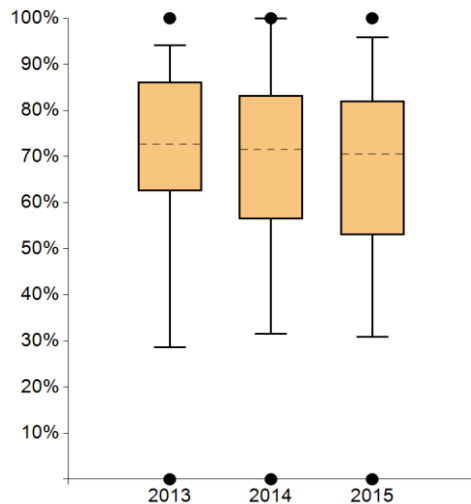
Der Median ist wieder leicht ansteigend. Im Vergleich zum Vorjahr haben mehr Zentren eine Zunahme der Rate an adjuvanten Chemotherapien nach R0-Resektion im Stadium I-III (46 Zentren vs. 25 Zentren). Die Zentren mit den niedrigsten Werten im Vorjahr haben ihre Raten gesteigert. Als Begründungen für nicht durchgeführte Therapien wird angegeben: Ablehnung der Therapie durch die Patienten, schlechter Allgemeinzustand bzw. bestehende Komorbiditäten, NET, Versterben der Patienten und fehlende Information über auswärts behandelte Patienten. Die Auditoren haben eine Reihe von Hinweisen ausgesprochen.

## 18. Palliative Chemotherapie (LL QI 5)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit Pankreaskarzinom UICC Stad III und IV, ECOG 0-2 und palliativer Chemotherapie	12*	0 - 61
Nenner	Primärfälle mit Pankreaskarzinom UICC Stad. III (Palliative Situation) und IV und ECOG 0-2	19*	1 - 74
Quote	Begründungspflicht** <30% und =100%	70,59%	0,00% - 100%

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



	2011	2012	2013	2014	2015
Max	----	----	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	----	94,12%	100%	95,87%
75. Perzentil	----	----	86,21%	83,33%	82,09%
Median	----	----	72,73%	71,43%	70,59%
25. Perzentil	----	----	62,50%	56,45%	52,94%
5. Perzentil	----	----	28,57%	31,58%	30,85%
Min	----	----	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
83	100,00%	78	93,98%

### Anmerkungen:

Der Median der Kennzahl bleibt über den Verlauf der Zeit annähernd gleich. Als Begründungen für die nicht erfolgte palliative Chemotherapie werden genannt: schlechter Allgemeinzustand bzw. Versterben der Patienten, Ablehnung der Therapie durch die Patienten und Informationsverlust, wenn die Chemotherapie außerhalb des Zentrums durchgeführt wurde.

## Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren / Pankreaskarzinomzentren  
Thomas Seufferlein, Sprecher Zertifizierungskommission  
Stefan Post, Stellv. Sprecher Zertifizierungskommission  
Simone Wesselmann, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Christoph Kowalski, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Julia Ferencz, OnkoZert GmbH

## Impressum

Herausgeber und inhaltlich verantwortlich:  
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)  
Kuno-Fischer-Straße 8  
14057 Berlin  
Tel: +49 (030) 322 93 29 0  
Fax: +49 (030) 322 93 29 66  
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](http://www.onkozert.de)

Version e-A1-de; Stand 25.05.2017

**ISBN:** 978-3-946714-45-3



9 783946 714453