

# Kennzahlenauswertung 2019

## Jahresbericht der zertifizierten Pankreaskarzinomzentren

Auditjahr 2018 / Kennzahlenjahr 2017



## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	3
Allgemeine Informationen .....	3
Stand des Zertifizierungssystems für Pankreaskarzinomzentren 2018 .....	5
Berücksichtigte Standorte .....	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten .....	7
Basisdatenauswertung .....	8
Kennzahlenauswertungen .....	11
Kennzahl Nr. 1: Primärfälle Zentrum .....	11
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung.....	12
Kennzahl Nr. 3: Postoperative Fallvorstellung.....	13
Kennzahl Nr. 4: Psychoonkologische Betreuung.....	14
Kennzahl Nr. 5: Beratung Sozialdienst.....	15
Kennzahl Nr. 6: Studienteilnahme.....	16
Kennzahl Nr. 7a: Endoskopie Komplikationen - Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1) .....	17
Kennzahl Nr. 7b: Endoskopie Komplikationen - Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1) .....	18
Kennzahl Nr. 8: Operative Primärfälle Pankreas .....	19
Kennzahl Nr. 9: Operative Expertise Pankreas gesamt.....	20
Kennzahl Nr. 10: Revisions-OP's Pankreas.....	21
Kennzahl Nr. 11: Postoperative Wundinfektion.....	22
Kennzahl Nr. 12: Mortalität postoperativ.....	23
Kennzahl Nr. 13: Lokale R0-Resektionen Pankreas (LL QI 1) .....	24
Kennzahl Nr. 14: Lymphknotenuntersuchung (LL QI 2) .....	25
Kennzahl Nr. 15: Inhalt Pathologieberichte (LL QI 3) .....	26
Kennzahl Nr. 16: Adjuvante Chemotherapie (LL QI 4) .....	27
Kennzahl Nr. 17: Palliative Chemotherapie (LL QI 5) .....	28
Impressum .....	29

## Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 12: Mortalität postoperativ.....  
 Kennzahl Nr. 13: Lokale R0-Resektionen Pankreas (LL QI 1).....  
 Kennzahl Nr. 14: Lymphknotenuntersuchung (LL QI 2).....  
 Kennzahl Nr. 16: Inhalt Pathologieberichte (LL QI 3).....  
 Kennzahl Nr. 17: Adjuvante Chemotherapie (LL QI 4).....  
 Kennzahl Nr. 18: Palliative Chemotherapie (LL QI 5).....

### Qualitätsindikatoren der Leitlinie (LL QI):

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

### 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.

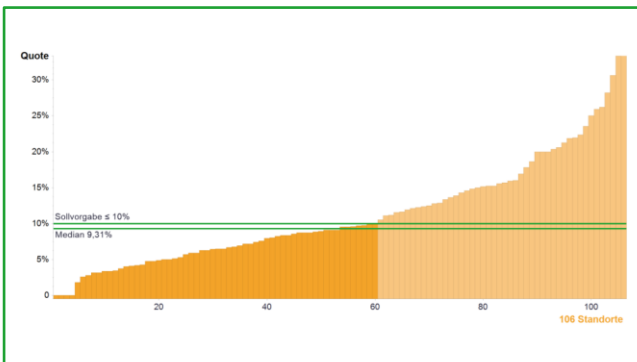
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

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

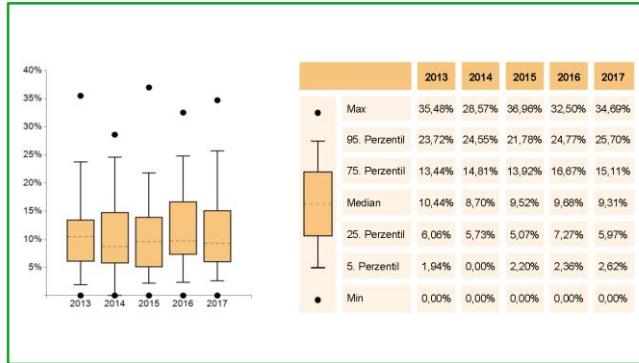
### Diagramm:

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.

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Revisions-OP's infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30d nach Pankreasresektion	4*	0 - 21	555
Nenner	Pankreasresektionen (5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	35,5*	12 - 180	4917
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	9,31%	0,00% - 34,69%	11,29%**

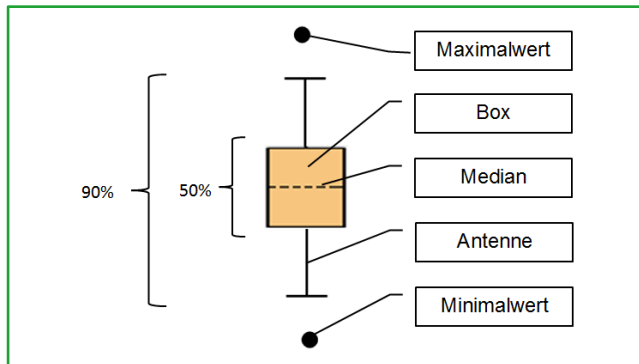


## Allgemeine Informationen



### Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2013, 2014, 2015, 2016** und **2017** 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 2018

	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014	31.12.2013
Laufende Verfahren	5	10	5	8	11	9
Zertifizierte Zentren	112	98	91	77	67	50
Zertifizierte Standorte	115	100	93	79	68	50

## Berücksichtigte Standorte

	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014	31.12.2013
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	106	93	83	72	52	42
entspricht	92,2%	93%	89,2%	91,1%	76,5%	84,0%
Primärfälle gesamt*	5.104	4.526	3.877	3.177	2.378	1.813
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	48	49	47	44	46	43
Primärfälle pro Standort (Median)*	45	44	43	37,5	39	39

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

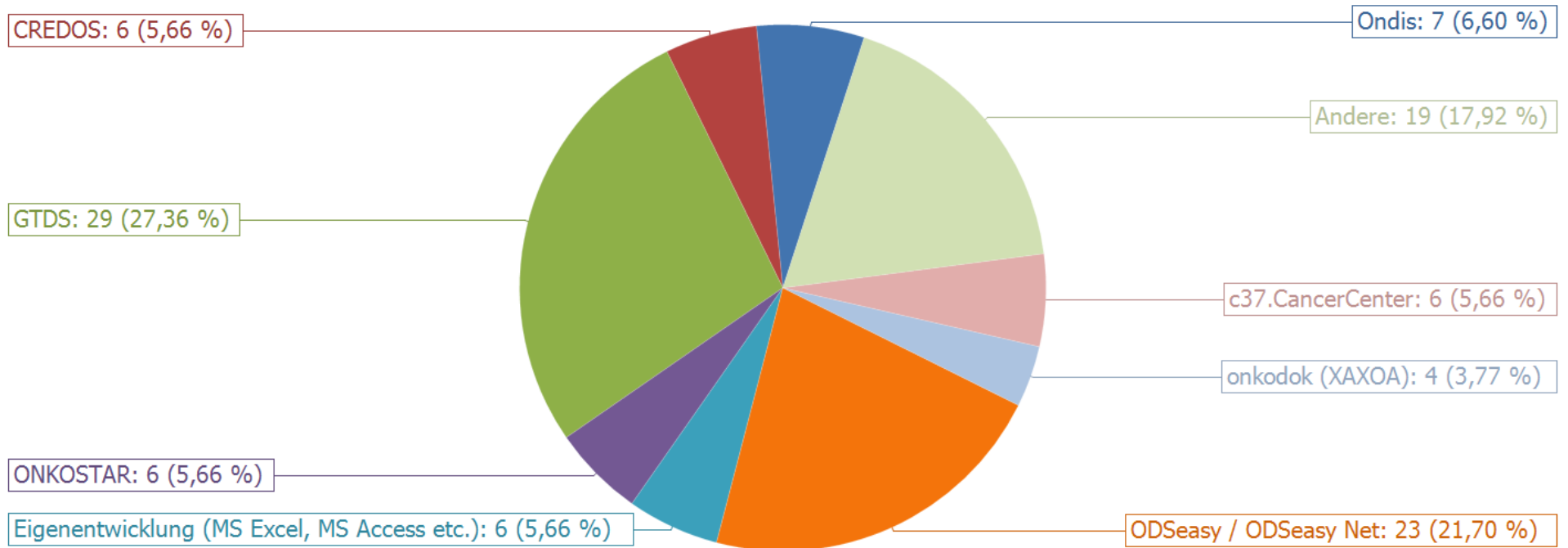
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Pankreaskarzinomzentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 106 der 115 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 8 Standorte, die im Jahr 2018 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend) sowie 1 Standort aufgrund einer anstehenden Zertifikatsaussetzung.

In 114 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 5.401 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter [www.oncomap.de](http://www.oncomap.de) aufgeführt.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2017. Sie stellen für die in 2018 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

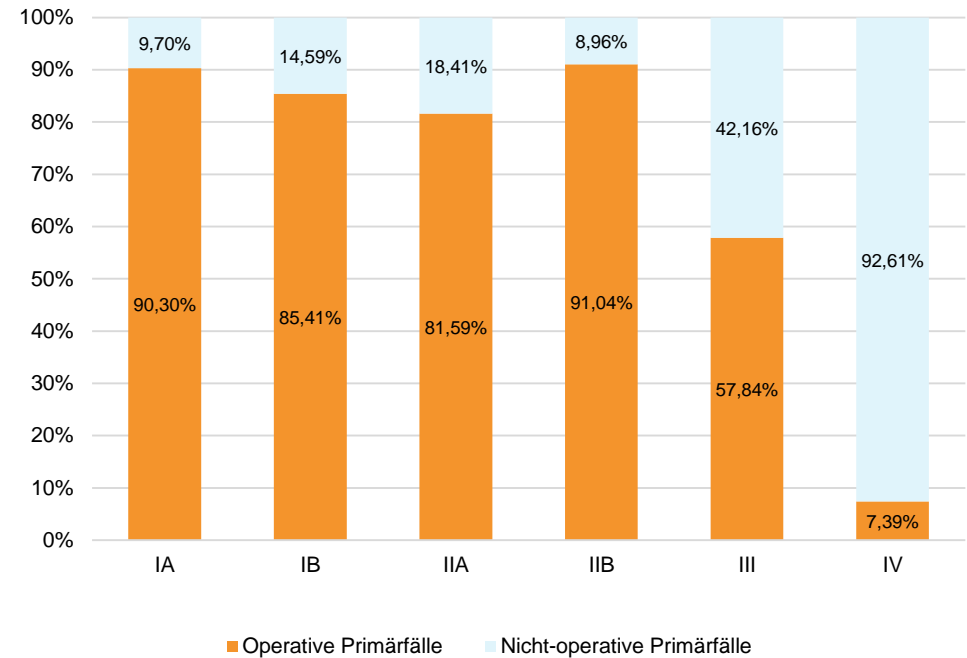
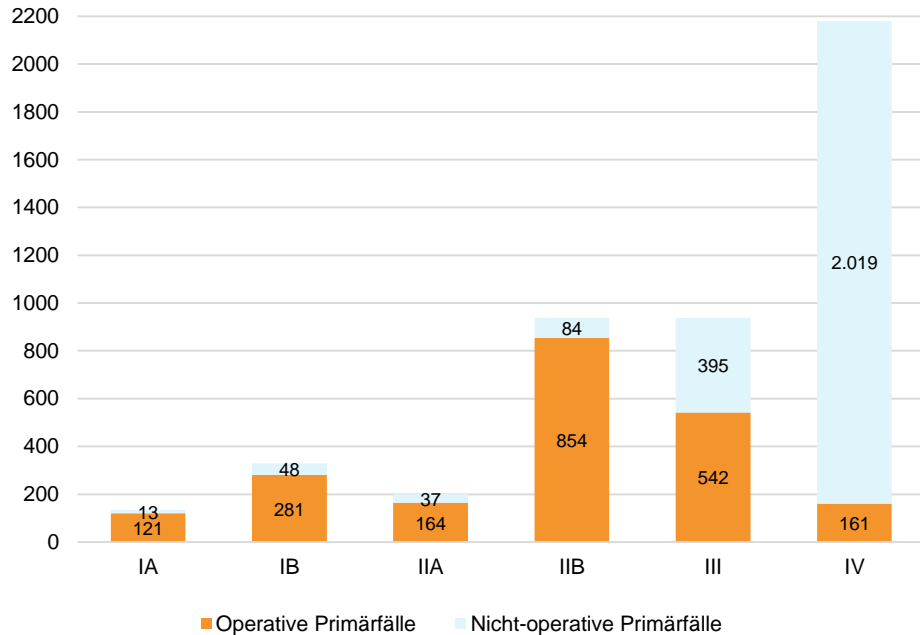
## Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



Legende:	
Andere	System in ≤ 3 Standorten genutzt

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

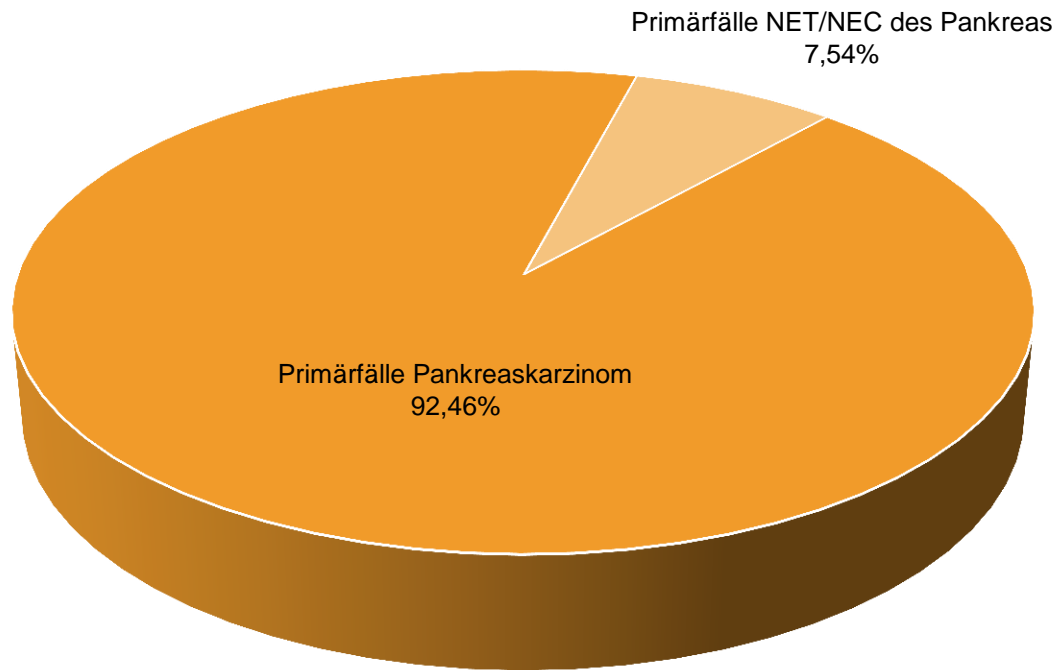
## Basisdaten – Primärfälle Pankreaskarzinom (Karzinome des exokrinen Pankreas)



	IA	IB	IIA	IIB	III	IV	Gesamt
<b>Operative Primärfälle</b>	121 (90,30%)	281 (85,41%)	164 (81,59%)	854 (91,04%)	542 (57,84%)	161 (7,39%)	2.123 (44,99%)
<b>Nicht-operative Primärfälle</b>	13 (9,70%)	48 (14,59%)	37 (18,41%)	84 (8,96%)	395 (42,16%)	2.019 (92,61%)	2.596 (55,01%)
<b>Primärfälle gesamt</b>	134 (100%)	329 (100%)	201 (100%)	938 (100%)	937 (100%)	2.180 (100%)	4.719 (100%)



**Basisdaten – Primärfälle Pankreas**



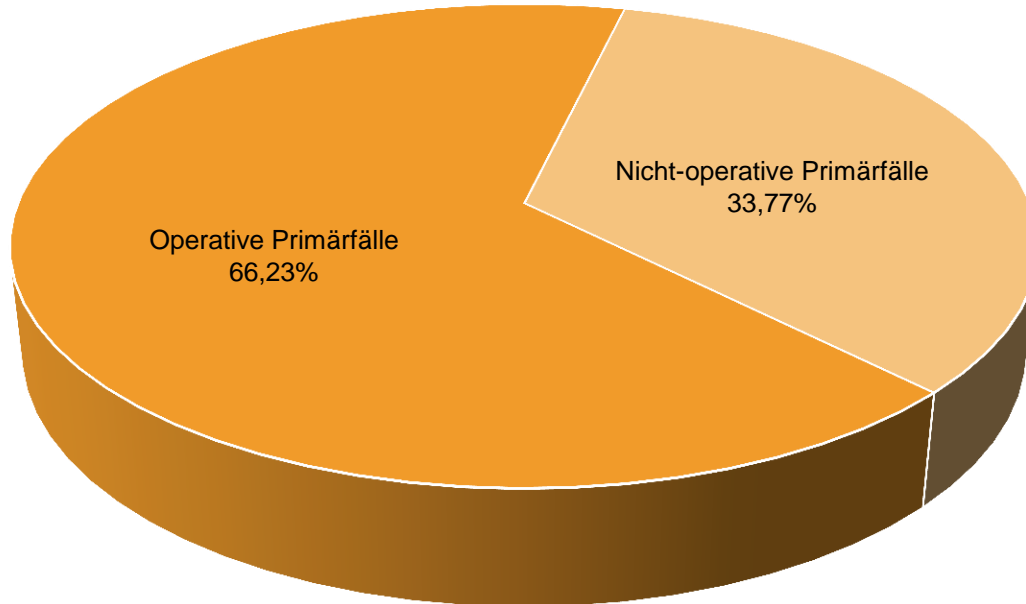
Primärfälle Pankreas		
Pankreaskarzinom	Neuroendokrine Tumoren (NET) und neuroendokrine Karzinome (NEC) des Pankreas	Primärfälle gesamt
4.719 (92,46%)	385 (7,54%)	5.104 (100%)

**Anmerkungen:**

Im Kennzahlenjahr 2017 erfolgte erstmals die gesonderte Erfassung der neuroendokrinen Primärfälle des Pankreas. Dies ermöglicht und erleichtert die genaue Berechnung der Kennzahlen.

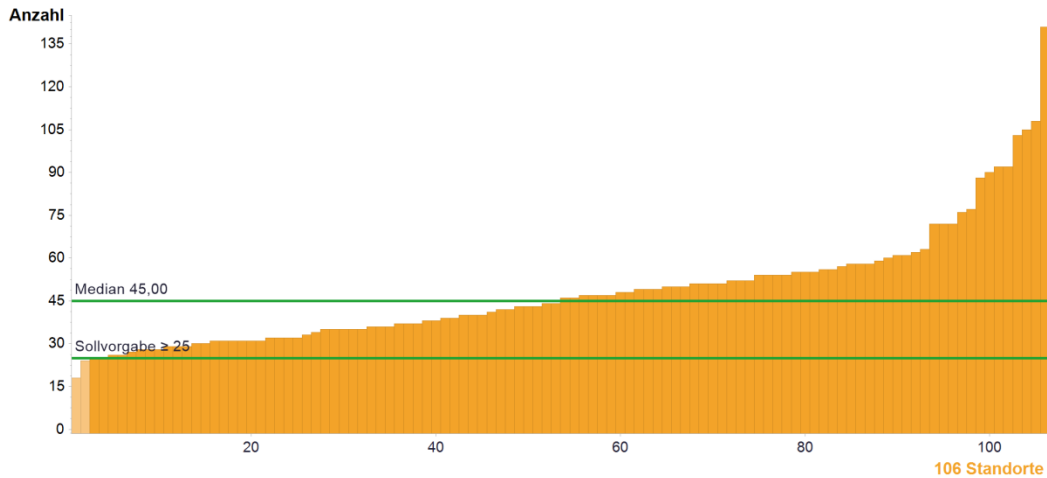
**Basisdaten**

**Primärfälle Neuroendokrine Tumoren (NET) und Neuroendokrine Karzinome (NEC) des Pankreas**

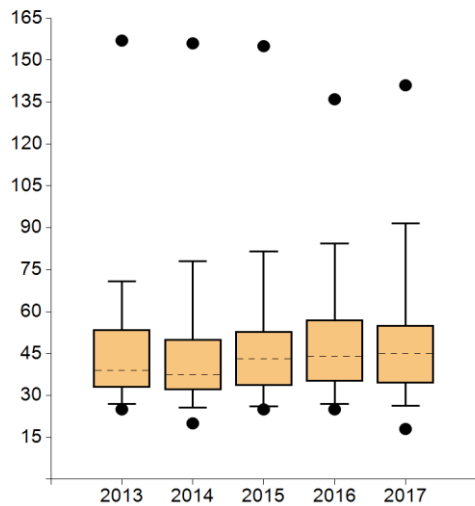


Operative Primärfälle	Nicht-operative Primärfälle	Primärfälle gesamt
255 (66,23%)	130 (33,77%)	385 (100%)

# 1. Primärfälle Zentrum



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Primärfälle	45	18 - 141	5104
	Sollvorgabe ≥ 25			



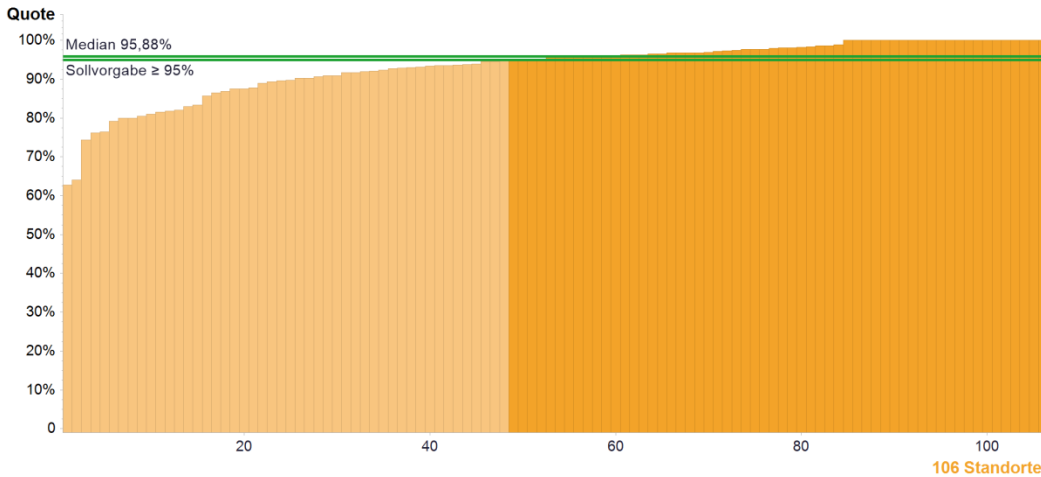
	2013	2014	2015	2016	2017
Max	157,00	156,00	155,00	136,00	141,00
95. Perzentil	70,90	77,95	81,60	84,40	91,50
75. Perzentil	53,50	50,00	53,00	57,00	55,00
Median	39,00	37,50	43,00	44,00	45,00
25. Perzentil	32,75	32,00	33,50	35,00	34,25
5. Perzentil	27,00	25,55	26,10	27,00	26,25
Min	25,00	20,00	25,00	25,00	18,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
106	100,00%	104	98,11%

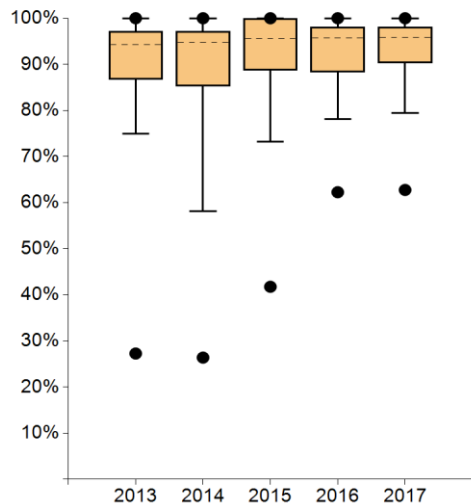
**Anmerkungen:**

Die Anzahl der Primärfälle steigt im Median weiterhin leicht an. In 2 Zentren wurde die Sollvorgabe nicht erreicht, davon befand sich 1 Zentrum im Auditjahr 2018 im Überwachungsaudit (Nachweis der Primärfallzahl zum Wiederholaudit [alle 3 Jahre] erforderlich) und ein Zentrum wurde rezertifiziert und konnte die Erfüllung der Sollvorgabe im Mittel der letzten drei Jahre nachweisen. Mit 5.401 Primärfällen wurden 638 Patienten mehr als im Vorjahr in zertifizierten Zentren behandelt (einschließlich Zentren, die nicht im Jahresbericht enthalten sind). Davon entfallen 5.056 der Primärfälle auf Zentren in Deutschland. Bezogen auf die Inzidenz bösartiger Pankreastumore in 2014 (17.127, www.krebsdaten.de) wurden im Kennzahlenjahr 2017 somit 29,5% der Primärfälle in zertifizierten Zentren versorgt (2016: 25,7%).

## 2. Prätherapeutische Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle mit einem Pankreaskarzinom oder NET/NEC des Pankreas, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	41*	16 - 139	4726
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1)	45*	18 - 141	5104
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	95,88%	62,75% - 100%	92,59%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	97,16%	97,12%	100%	98,04%	98,16%
Median	94,30%	94,73%	95,52%	95,74%	95,88%
25. Perzentil	86,77%	85,28%	88,68%	88,24%	90,34%
5. Perzentil	74,94%	58,18%	73,16%	78,06%	79,38%
● Min	27,27%	26,39%	41,75%	62,26%	62,75%

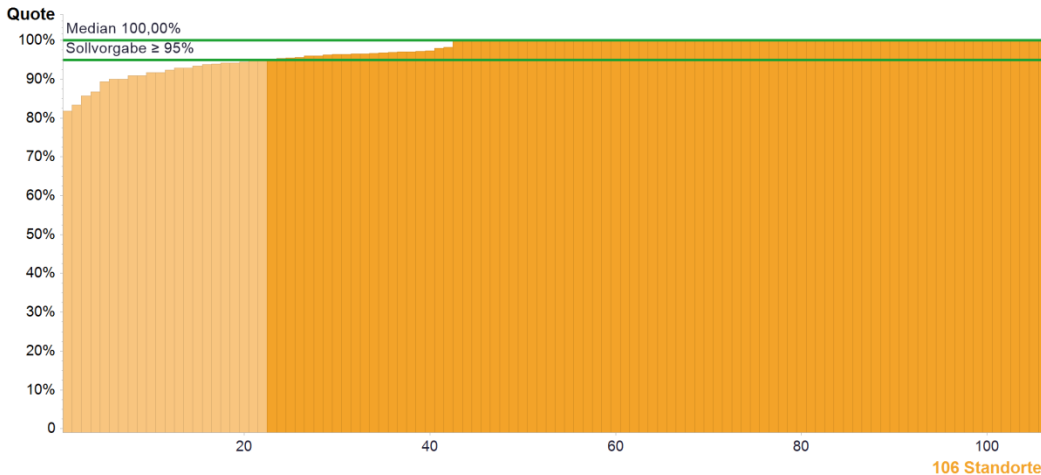
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
106	100,00%	58	54,72%

### Anmerkungen:

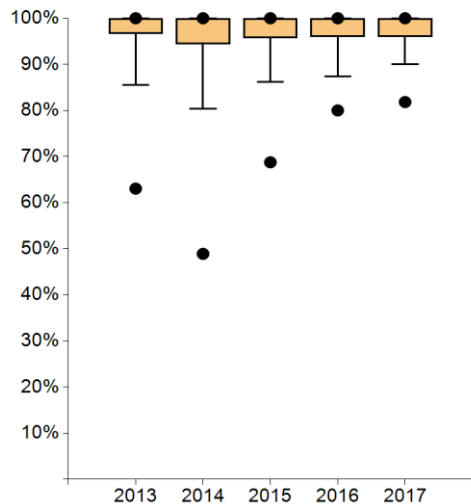
Weiterhin sehr gute Umsetzung der Kennzahl im Zeitverlauf. 48 Zentren erreichten die Sollvorgabe nicht, darunter 11 Zentren mit Erstaudit im Jahr 2017. Zentren mit Unterschreitung der geforderten Vorstellungsquote von  $\geq 95\%$  begründeten dies mit fehlendem präoperativen Malignitätsverdacht, Notfalloperationen, palliativen/ multimorbiden Patienten oder Fällen, die bereits in auswärtigen Tumorkonferenzen besprochen worden waren. Die Auditoren sprachen erneut eine Reihe von Hinweisen aus. Durch Prozessbetrachtung in Qualitätszirkeln, Mitarbeiterschulungen und Sensibilisierung der Kooperationspartner streben die Zentren eine Verbesserung ihrer Ergebnisse an.

\* 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 Patienten.

### 3. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operative Primärfälle Pankreas, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	18*	6 - 70	2312
Nenner	Operative Primärfälle Pankreas (OPS: 5-524* und 5-525* mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	19*	6 - 72	2378
Quote	Sollvorgabe $\geq$ 95%	100%	81,82% - 100%	97,22%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● 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	96,61%	94,44%	95,74%	96,00%	95,94%
5. Perzentil	85,58%	80,36%	86,14%	87,36%	90,00%
● Min	63,04%	48,89%	68,75%	80,00%	81,82%

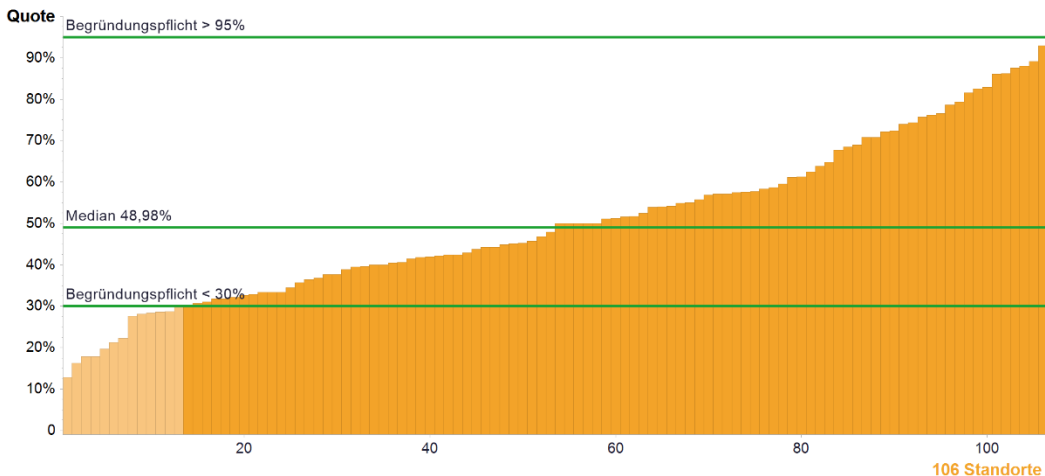
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
106	100,00%	84	79,25%

**Anmerkungen:**

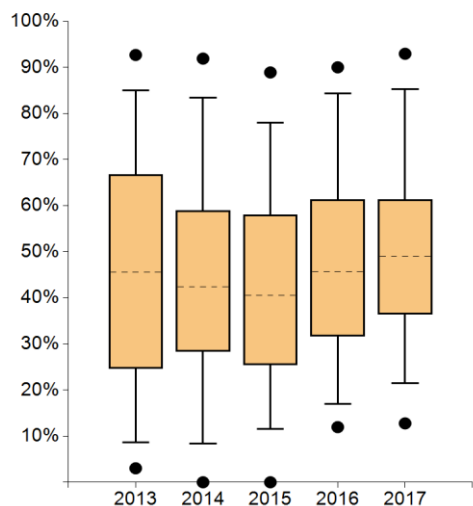
Unverändert gute Umsetzung der Kennzahl in den Zentren. Von den 14 Zentren, die im Vorjahr die Sollvorgabe nicht erreichten, erfüllten im Auditjahr 2018 7 Zentren die postoperative Vorstellungsquote von  $\geq$  95%. 64 Zentren konnten ihre Vorstellungsquote halten oder steigern, in 27 Zentren wurde ein geringerer Anteil operativer Primärfälle postoperativ besprochen. Zentren mit geringer Vorstellungsquote begründeten dies mit postoperativ verstorbenen Patienten. Diese Fälle wurden in Morbiditäts-/Mortalitäts-Konferenzen vorgestellt.

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

## 4. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten, die psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	25,5*	5 - 79	2856
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1) + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	47,5*	23 - 166	5907
Quote	Begründungspflicht*** <30% und >95%	48,98%	12,77% - 92,94%	48,35%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	92,68%	91,89%	88,89%	90,00%	92,94%
● 95. Perzentil	85,03%	83,45%	78,04%	84,28%	85,32%
● 75. Perzentil	66,67%	58,89%	58,06%	61,33%	61,25%
● Median	45,51%	42,41%	40,48%	45,71%	48,98%
● 25. Perzentil	24,68%	28,43%	25,41%	31,71%	36,47%
● 5. Perzentil	8,66%	8,37%	11,51%	17,01%	21,52%
● Min	3,03%	0,00%	0,00%	11,96%	12,77%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
106	100,00%	93	87,74%

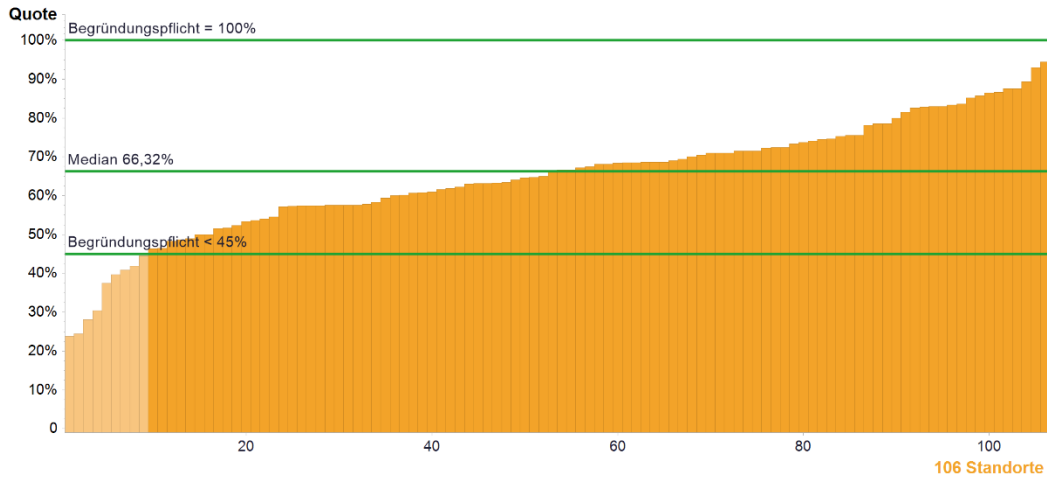
**Anmerkungen:**  
 Gute Umsetzung der Kennzahl mit ansteigendem Median im Vorjahresvergleich. 52 Zentren konnten ihre psychoonkologische Betreuungsquote im Vergleich zum Vorjahr steigern, in 39 Zentren wurden weniger Patienten psychoonkologisch betreut. Als Begründung für niedrige Beratungsquoten gaben die Zentren geringe Inanspruchnahme der Patienten sowie Gesprächsdauer <25 Min. an. Eine Verbesserung soll insbesondere durch Sensibilisierung der Mitarbeiter und systematischem Einsatz von Screening-Instrumenten auch im ambulanten Bereich erreicht werden.

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

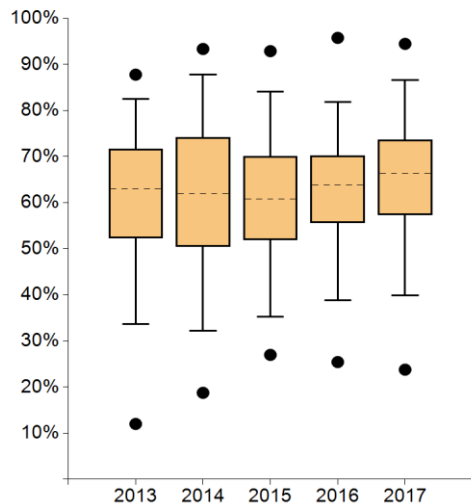
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 5. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten, die durch den Sozialdienst beraten wurden	32*	9 - 105	3768
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1) + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	47,5*	23 - 166	5907
Quote	Begründungspflicht*** <45% und =100%	66,32%	23,77% - 94,44%	63,79%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	87,76%	93,33%	92,86%	95,74%	94,44%
95. Perzentil	82,52%	87,84%	84,00%	81,83%	86,53%
75. Perzentil	71,63%	74,08%	70,01%	70,21%	73,59%
Median	63,07%	62,02%	60,81%	63,83%	66,32%
25. Perzentil	52,25%	50,49%	51,86%	55,56%	57,40%
5. Perzentil	33,70%	32,18%	35,28%	38,84%	39,93%
● Min	12,00%	18,75%	26,98%	25,42%	23,77%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
106	100,00%	97	91,51%

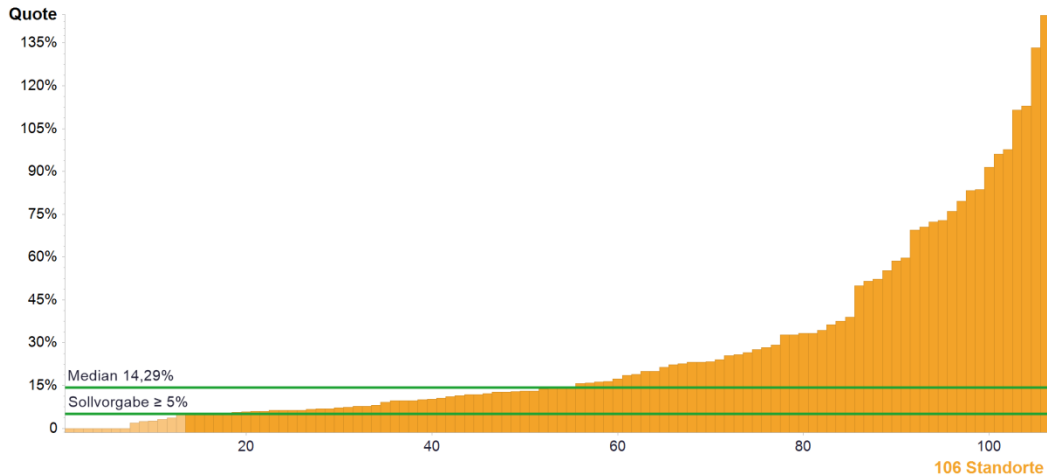
**Anmerkungen:**  
Weiterhin gute Umsetzung der Kennzahl im Zeitverlauf, mit ansteigendem Median. Von den 7 Zentren mit den niedrigsten sozialdienstlichen Beratungsquoten (<45%) im Vorjahr 2018 verbesserten 5 Zentren ihre Ergebnisse im Auditjahr 2018. 9 Zentren hatten im Auditjahr 2018 eine Beratungsquote <45% und begründeten dies mit geringer Inanspruchnahme, Sozialberatung durch SAPV-Team/ onkolog. Pflege oder Seelsorge (nicht für die Kennzahl anrechenbar) oder raschem Versterben der Patienten. 3 der Zentren mit begründungspflichtiger Quote befinden sich im deutschsprachigen Ausland, wo die sozialdienstliche Versorgung gesetzlich anders geregelt ist.

\* 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.

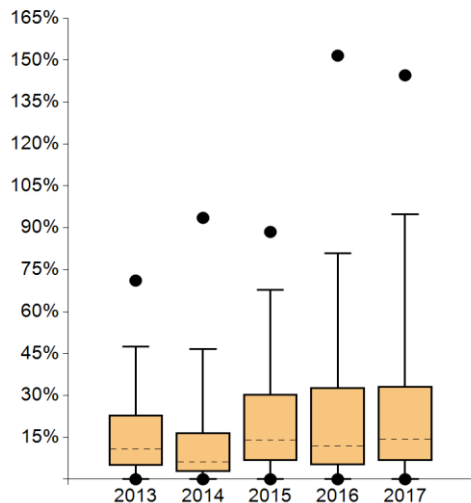
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 6. Studienteilnahme



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten (nicht nur Primärfälle), die in eine Studie eingebracht wurden	6*	0 - 133	1581
Nenner	Primärfälle Pankreaskarzinom und NET/NEC des Pankreas (= Kennzahl 1)	45*	18 - 141	5104
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	14,29%	0,00% - 144,57%	30,98%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	71,11%	93,55%	88,52%	151,61%	144,57%
95. Perzentil	47,52%	46,47%	67,71%	80,83%	94,87%
75. Perzentil	23,10%	16,73%	30,52%	32,89%	33,20%
Median	10,88%	6,25%	13,95%	11,76%	14,29%
25. Perzentil	4,81%	2,65%	6,71%	5,00%	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	%
106	100,00%	93	87,74%

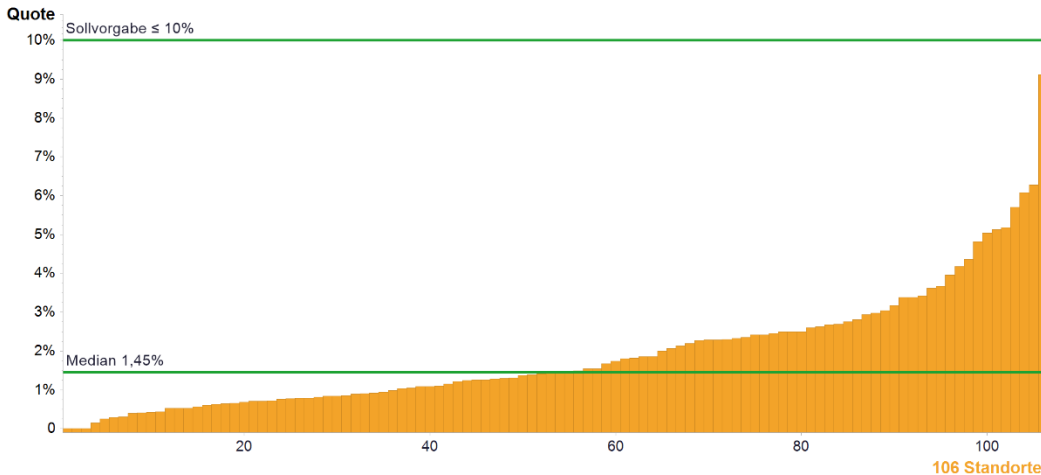
### Anmerkungen:

Im Auditjahr 2018 konnten 61 Zentren ihre Studienquote aus dem Vorjahr halten oder steigern, in 30 Zentren war sie rückläufig. Von den 23 Zentren mit Unterschreitung der Sollvorgabe im Vorjahr konnten 14 Zentren im Auditjahr 2018 auf ≥ 5% verbessern. 13 Zentren erreichten im Auditjahr 2018 die Sollvorgabe nicht und begründeten dies mit fehlenden personellen Ressourcen, fehlendem Studienangebot oder Rekrutierungsproblemen aufgrund von Komorbidität. Zentren mit hoher Studienquote erreichten dies unter anderem durch Teilnahme an Studien zur Lebensqualität/ Psychoonkologie und Biobanking-Projekten.

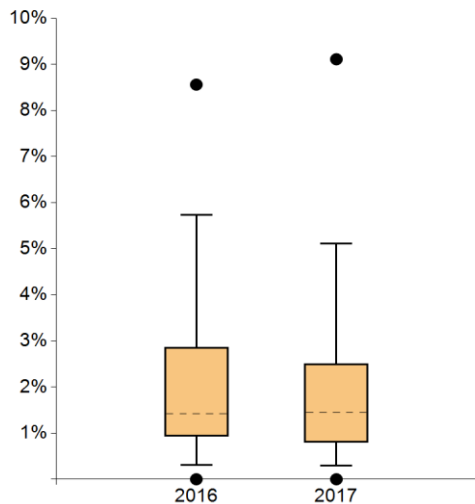
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.



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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	ERCP spezifische Komplikationen. Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1)	5*	0 - 39	867
Nenner	ERCPS je endoskopierender Einheit	368*	40 - 1879	46191
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	1,45%	0,00% - 9,11%	1,88%**



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	----	----	----	8,56%	9,11%
95. Perzentil	----	----	----	5,73%	5,11%
75. Perzentil	----	----	----	2,86%	2,50%
Median	----	----	----	1,42%	1,45%
25. Perzentil	----	----	----	0,93%	0,80%
5. Perzentil	----	----	----	0,31%	0,30%
Min	----	----	----	0,00%	0,00%

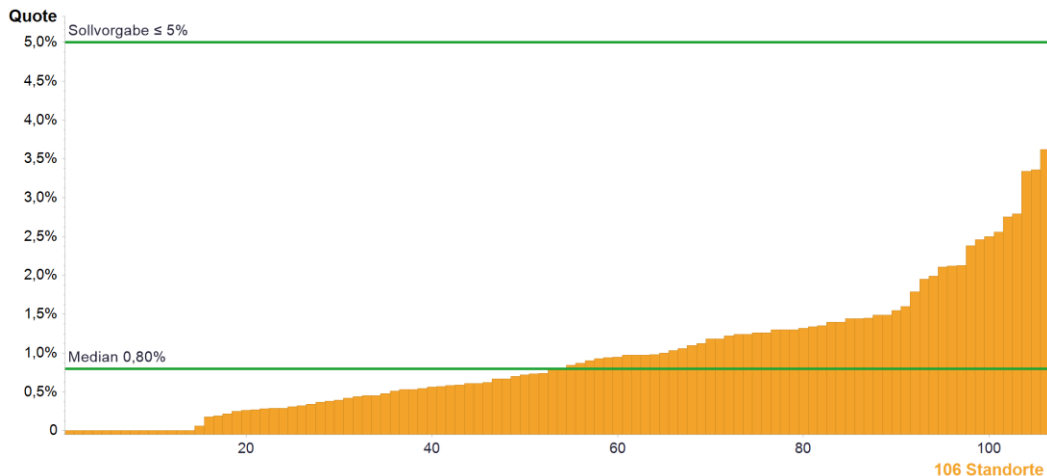
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
106	100,00%	106	100,00%

### Anmerkungen:

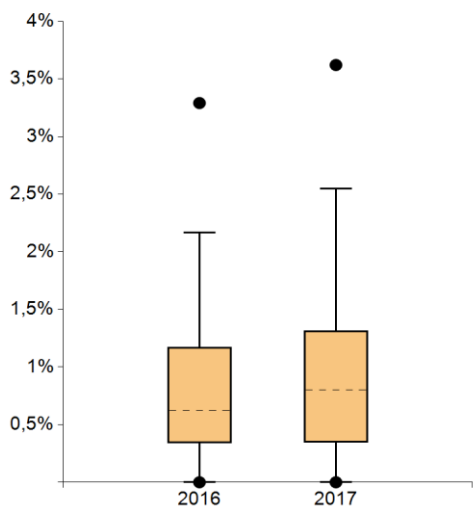
Seit dem Kennzahlenjahr 2016 erfolgt die Erhebung der Komplikationen nach ERCP (Kennzahl 7a/b) bezogen auf alle durchgeführten ERCPS und nicht mehr bezogen auf die mittels ERCP untersuchten Patienten. Im Auditjahr 2018 erfüllten alle Zentren die Sollvorgabe von max. 10% Pankreatitiden als ERCP-Komplikation. Von den 8 Zentren mit den höchsten Komplikationsraten ( $\geq 5\%$ ) im Vorjahr konnten 6 Zentren im Auditjahr 2018 ihr Ergebnis verbessern.

\* 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 Patienten.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	ERCP spezifische Komplikationen. Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1)	3*	0 - 17	416
Nenner	ERCPS je endoskopierender Einheit	368*	40 - 1879	46191
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	0,80%	0,00% - 3,62%	0,90%**



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	----	----	----	3,29%	3,62%
95. Perzentil	----	----	----	2,17%	2,55%
75. Perzentil	----	----	----	1,17%	1,32%
Median	----	----	----	0,62%	0,80%
25. Perzentil	----	----	----	0,34%	0,35%
5. Perzentil	----	----	----	0,00%	0,00%
Min	----	----	----	0,00%	0,00%

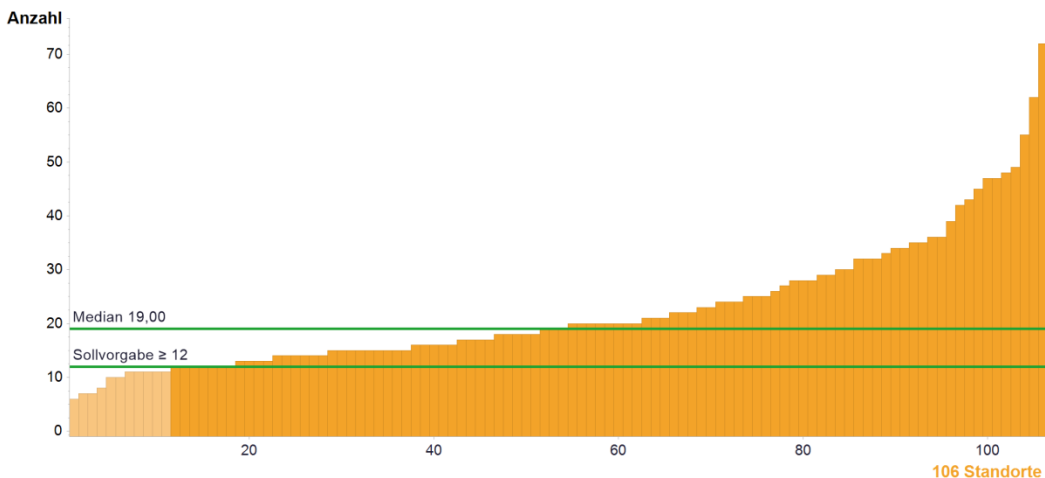
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
106	100,00%	106	100,00%

### Anmerkungen:

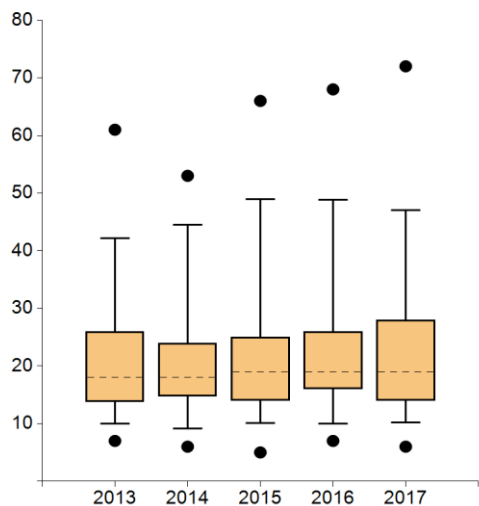
Seit dem Kennzahlenjahr 2016 erfolgt die Erhebung der Komplikationen nach ERCP (Kennzahl 7a/b) bezogen auf alle durchgeführten ERCPS und nicht mehr bezogen auf die mittels ERCP untersuchten Patienten. Im Auditjahr 2018 erfüllten alle Zentren die Sollvorgabe von max. 5% Blutung/ Perforation als ERCP-Komplikation. Von den 6 Zentren mit den höchsten Komplikationsraten ( $\geq 2\%$ ) im Vorjahr konnten 5 Zentren im Auditjahr 2018 ihr Ergebnis verbessern.

\* 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 Patienten.

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



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle Pankreas (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) (Def. 5.2.4)	19	6 - 72	2378
	Sollvorgabe ≥ 12			



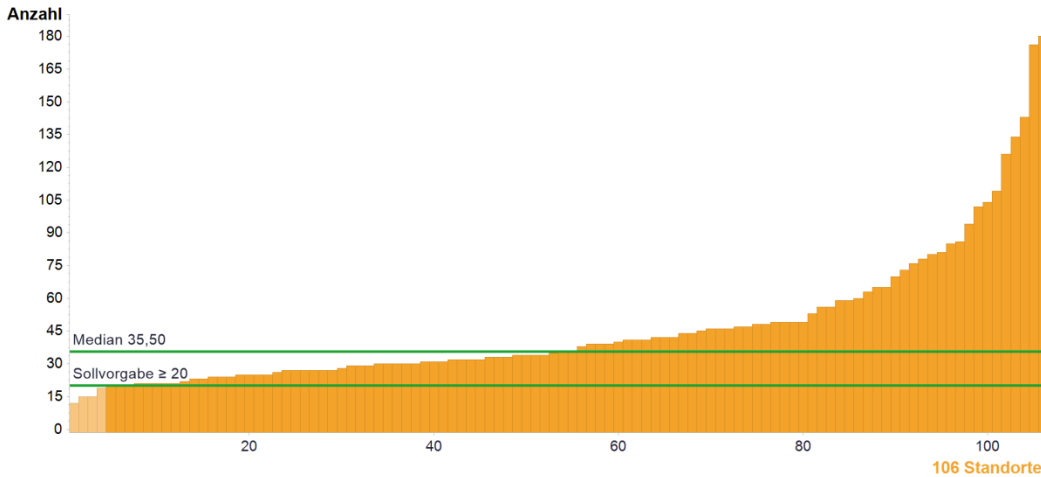
	2013	2014	2015	2016	2017
Max	61,00	53,00	66,00	68,00	72,00
95. Perzentil	42,15	44,45	48,90	48,80	47,00
75. Perzentil	26,00	24,00	25,00	26,00	28,00
Median	18,00	18,00	19,00	19,00	19,00
25. Perzentil	13,75	14,75	14,00	16,00	14,00
5. Perzentil	10,00	9,10	10,10	10,00	10,25
Min	7,00	6,00	5,00	7,00	6,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
106	100,00%	95	89,62%

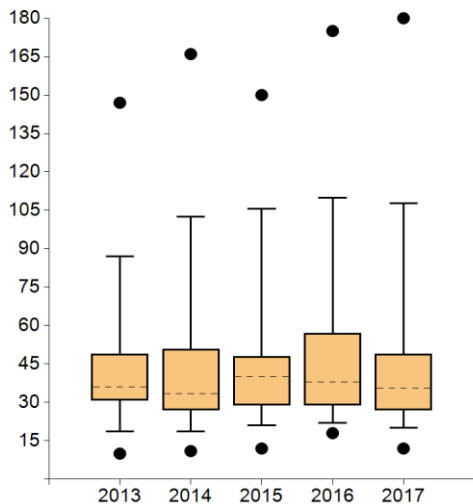
### Anmerkungen:

Der Median der operativen Primärfälle ist im Vergleich zum Vorjahr unverändert. Bei Betrachtung der Zentren, die sowohl für das Auditjahr 2017 als auch 2018 im Jahresbericht berücksichtigt sind, steigt die Gesamtzahl der operativen Primärfälle von 2.036 auf 2.057. 11 Zentren verfehlten im Auditjahr 2018 die Sollvorgabe und gaben als Begründung palliative/ inoperable Situationen an, sowie raschen Progress unter präoperativer Therapie und fehlendem Malignitätsnachweis in der postoperativen Histologie. Die Auditoren sprachen eine Reihe von Hinweisen aus.

## 9. Operative Expertise Pankreas gesamt



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Pankreasresektionen (Pankreaslinks-, Pankreaskopfresektion, Totale Pankreatektomie, OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25)	35,5	12 - 180	4916
	Sollvorgabe $\geq$ 20			



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	147,00	166,00	150,00	175,00	180,00
95. Perzentil	87,00	102,45	105,70	109,80	107,75
75. Perzentil	49,00	50,75	48,00	57,00	49,00
Median	36,00	33,50	40,00	38,00	35,50
25. Perzentil	30,75	27,00	29,00	29,00	27,00
5. Perzentil	18,65	18,65	21,00	22,00	20,00
Min	10,00	11,00	12,00	18,00	12,00

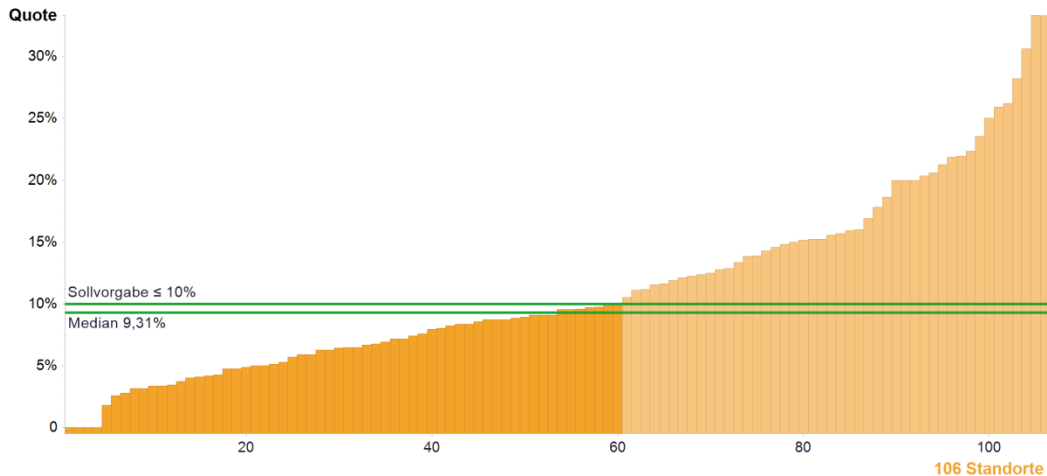
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
106	100,00%	102	96,23%

**Anmerkungen:**

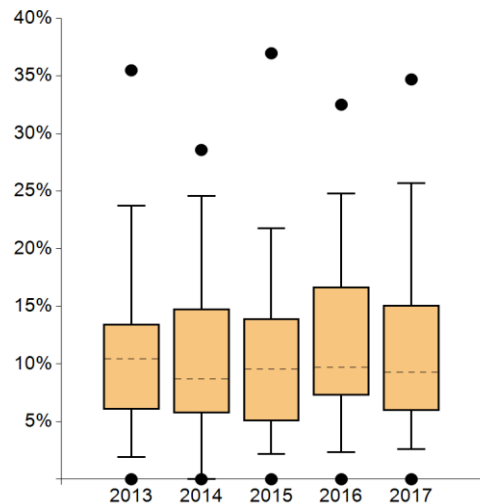
Der Median der Indikations-übergreifend durchgeführten Pankreasresektionen fällt im Vergleich zum Vorjahr weiter ab, bei ebenfalls rückläufigem Minimalwert. Insgesamt wurden im Kennzahlenjahr 2017 in den Zentren 4.916 Pankreasresektionen (unabhängig von der Indikation) durchgeführt, 472 Eingriffe mehr als im Vorjahr (2016: 4.444). Die beiden Zentren, die im Vorjahr die Sollvorgabe nicht erreichten, konnten im Auditjahr 2018 mind. 20 Pankreasresektionen nachweisen.

4 Zentren erreichten im Auditjahr 2018 die Sollvorgabe nicht. Bei 3 dieser Zentren erfolgte 2018 ein Überwachungsaudit (Nachweis der Expertise ist für die Rezertifizierung alle drei Jahre erforderlich). Ein Zentrum wurde rezertifiziert und konnte die Erfüllung der Sollvorgabe im Mittel der letzten drei Jahre nachweisen.

## 10. Revisions-OP's Pankreas



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Revisions-OP's infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30d nach Pankreasresektion	4*	0 - 21	555
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	35,5*	12 - 180	4916
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	9,31%	0,00% - 34,69%	11,29%**



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	35,48%	28,57%	36,96%	32,50%	34,69%
95. Perzentil	23,72%	24,55%	21,78%	24,77%	25,70%
75. Perzentil	13,44%	14,81%	13,92%	16,67%	15,11%
Median	10,44%	8,70%	9,52%	9,68%	9,31%
25. Perzentil	6,06%	5,73%	5,07%	7,27%	5,97%
5. Perzentil	1,94%	0,00%	2,20%	2,36%	2,62%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

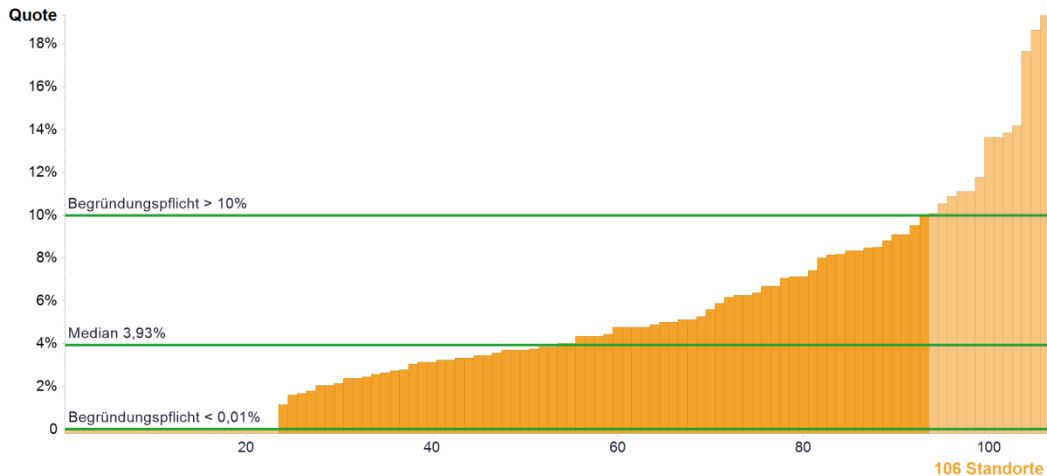
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
106	100,00%	60	56,60%

### Anmerkungen:

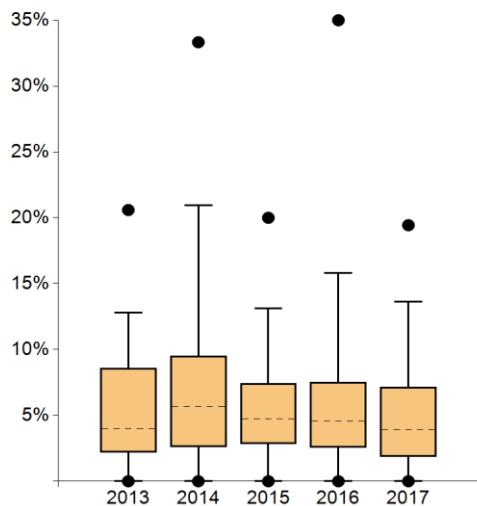
Der Median der Revisionsoperationen nach Pankreasresektionen ist im Vorjahresvergleich leicht rückläufig. Im Vergleich zum Vorjahr erfüllten im Auditjahr 2018 Anteil mehr Zentren die Sollvorgabe (2017: 51,61%). Von den 45 Zentren, die im Vorjahr eine Revisionsquote >10% hatten, konnten 12 Zentren im Auditjahr 2018 ihr Ergebnis verbessern. 46 Zentren verfehlten die Sollvorgabe im Auditjahr 2018 und begründeten dies u.a. mit Anastomosensuffizienzen, Nachblutungen und Pankreatitiden. Bei Zentren, die die Sollvorgabe nicht erreichten, erfolgten Einzelfallanalysen während der Audits und es wurden Maßnahmen zur Verbesserung (z.B. Änderung der OP-Technik, Umstellung des Nahtmaterials, Anpassung des perioperativen Managements) vereinbart.

\* 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 Patienten.

## 11. Postoperative Wundinfektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30d nach Pankreasresektion mit Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	1*	0 - 19	258
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	35,5*	12 - 180	4916
Quote	Begründungspflicht*** <0,01% und >10%	3,93%	0,00% - 19,44%	5,25%**



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	20,59%	33,33%	20,00%	35,00%	19,44%
95. Perzentil	12,80%	20,93%	13,13%	15,79%	13,64%
75. Perzentil	8,57%	9,52%	7,41%	7,50%	7,14%
Median	4,01%	5,65%	4,72%	4,57%	3,93%
25. Perzentil	2,21%	2,60%	2,86%	2,56%	1,85%
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	%
106	100,00%	70	66,04%

### Anmerkungen:

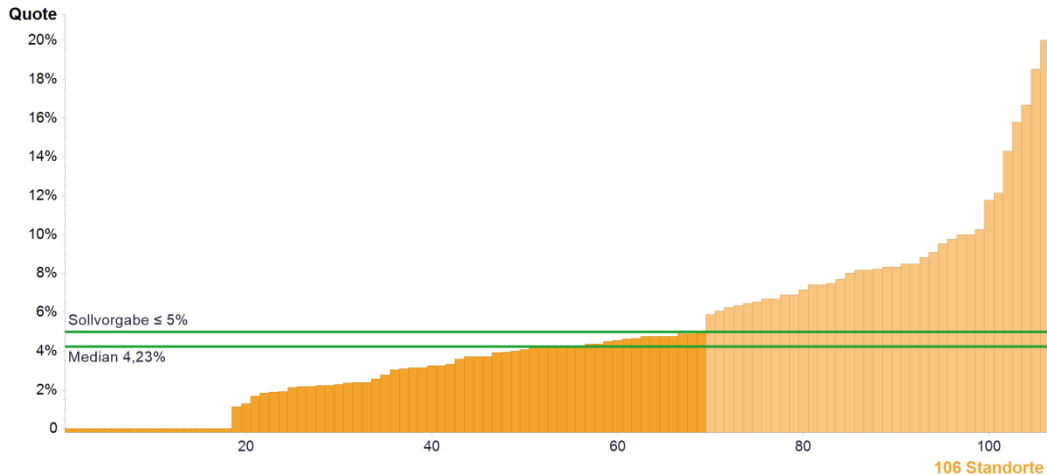
Im Vorjahresvergleich rückläufiger Median und Maximalwert für die Rate postoperativer Wundinfektionen. Der Anteil an Zentren mit begründungspflichtiger Wundinfektionsrate >10% war im Auditjahr 2018 mit 12,26% unwesentlich rückläufig zum Vorjahr (2017: 12,9%). Jedoch konnten alle 12 Zentren mit begründungspflichtig hoher Infektionsrate im Vorjahr ihr Ergebnis im Auditjahr 2018 verbessern. Die 13 Zentren mit Wundinfektionsraten >10% im Auditjahr 2018 begründeten dies u.a. mit der Behandlung von Hochrisiko-Kollektiven (z.B. fortgeschrittene Tumoren, Adipositas per magna) und Komorbiditäten. Die Angaben der Zentren wurden in den Audits mittels Einzelfallanalysen plausibilisiert und systematische Fehler ausgeschlossen.

\* 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.

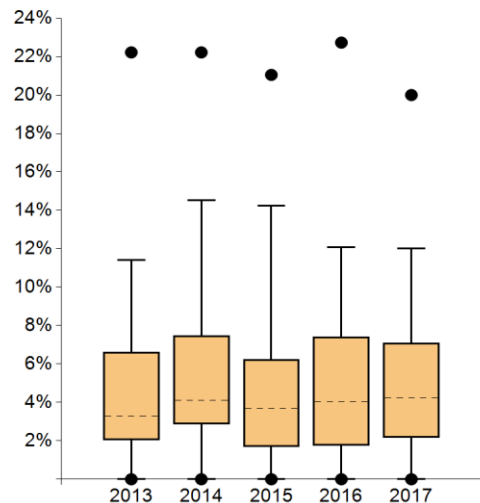
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 12. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Postoperativ verstorbene Patienten nach Pankreasresektionen innerhalb von 30d	2*	0 - 8	217
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	35,5*	12 - 180	4916
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	4,23%	0,00% - 20,00%	4,41%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	22,22%	22,22%	21,05%	22,73%	20,00%
95. Perzentil	11,40%	14,52%	14,24%	12,08%	12,03%
75. Perzentil	6,62%	7,46%	6,24%	7,41%	7,08%
Median	3,28%	4,11%	3,70%	4,05%	4,23%
25. Perzentil	2,04%	2,86%	1,68%	1,75%	2,18%
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	%
106	100,00%	69	65,09%

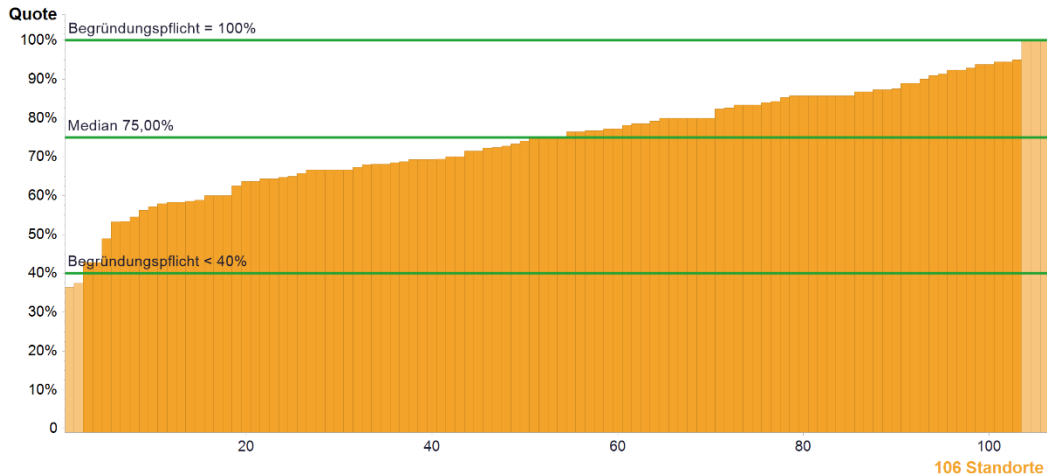
### Anmerkungen:

Im Kennzahlenjahr 2017 verstarben bei 4.916 Pankreasresektionen insgesamt 217 Patienten binnen 30 Tagen postoperativ (4,41%). Im Vorjahr waren bei 4.444 Resektionen 197 Pat. postoperativ verstorben (4,43%). Von den 35 Zentren mit Mortalitätsraten >5% im Vorjahr konnten 27 Zentren ihr Ergebnis verbessern, und 18 der im Vorjahr auffälligen Zentren wiesen im Auditjahr 2018 eine postoperative Mortalitätsrate von ≤ 5% auf. In 37 Zentren wurde die Sollvorgabe überschritten und die Ursachen kritisch analysiert: Die postoperativen Todesfälle waren häufig kardiovaskulär oder hämorrhagisch bedingt, sowie aufgrund nekrotisierender Pankreatitiden oder septischer Verläufe. In vielen Fällen handelte es sich bei den Verstorbenen um multimorbide Pat. oder Pat. mit fortgeschrittenen Tumorstadien. Die Einzelfälle wurden in den Zentren im Rahmen von M&M-Konferenzen aufgearbeitet, und in den Audits analysiert; systematische Fehler konnten ausgeschlossen werden. Die Zentren implementierten eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung des perioperativen und Komplikationsmanagements sowie der Zusammenarbeit zwischen OP-Team und Anästhesie und zur präoperativen Pat.-Selektion.

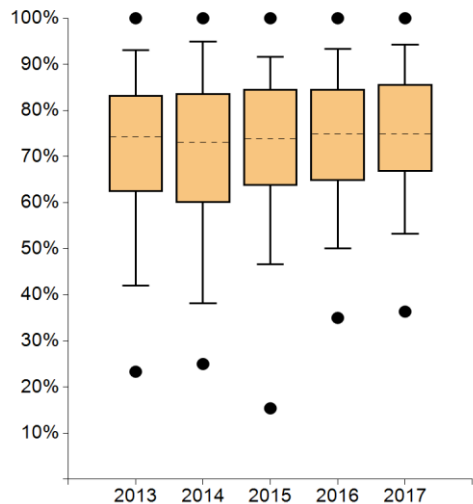
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Prozentzahl der in den Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Lokale R0-Resektionen Pankreas nach Abschluss der operativen Therapie	15*	3 - 49	1765
Nenner	Operative Primärfälle Pankreas (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	19*	6 - 72	2378
Quote	Begründungspflicht*** <40% und =100%	75,00%	36,36% - 100%	74,22%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
● 95. Perzentil	93,07%	94,86%	91,67%	93,26%	94,27%
● 75. Perzentil	83,33%	83,65%	84,62%	84,62%	85,71%
● Median	74,34%	73,03%	73,91%	75,00%	75,00%
● 25. Perzentil	62,37%	60,00%	63,69%	64,71%	66,67%
● 5. Perzentil	41,96%	38,16%	46,67%	50,00%	53,26%
● Min	23,33%	25,00%	15,38%	35,00%	36,36%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
106	100,00%	101	95,28%

**Anmerkungen:**

Annähernd gleichbleibende Umsetzung der Kennzahl im Zeitverlauf. 47 Zentren konnten ihre lokale R0-Rate im Vergleich zum Vorjahr halten oder steigern, in 44 Zentren war diese rückläufig. Das Zentrum mit begründungspflichtig niedriger R0-Rate im Vorjahr konnte diese im Auditjahr 2018 auf deutlich >40% steigern. Im Auditjahr hatten 2 Zentren eine R0-Resektionsrate von <40%. In diesen Zentren erfolgte eine Analyse der Einzelfälle durch die Auditoren zum Ausschluss systematischer Fehler.

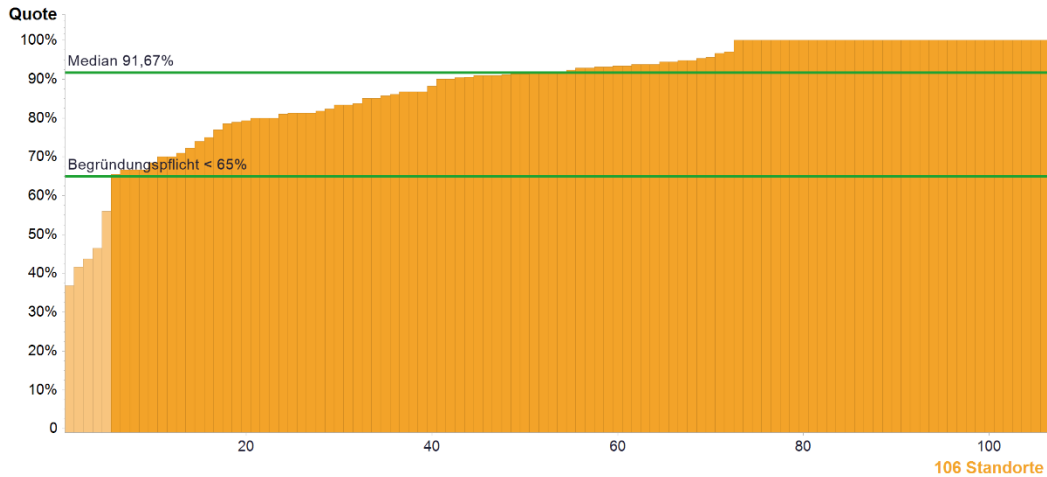
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

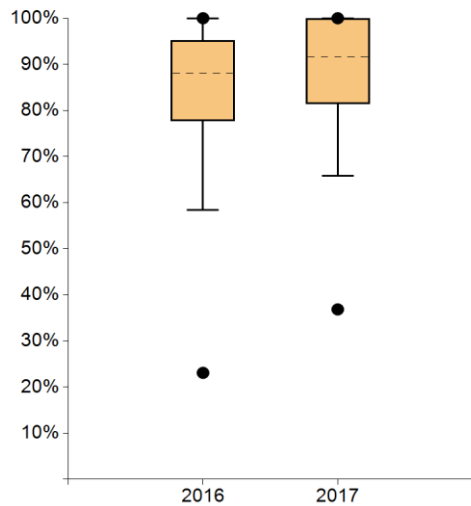
\*\*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.



## 14. Lymphknotenuntersuchung (LL QI 2)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operative Primärfälle Pankreas mit $\geq 12$ regionären LK im OP-Präparat nach Abschluss der operativen Therapie	14,5*	4 - 62	1856
Nenner	Operative Primärfälle Pankreas (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) ohne NET und NEC, die eine Lymphadenektomie erhalten haben	16*	5 - 65	2128
Quote	Begründungspflicht*** <65%	91,67%	36,84% - 100%	87,22%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
75. Perzentil	----	----	----	95,24%	100%
Median	----	----	----	88,00%	91,67%
25. Perzentil	----	----	----	77,78%	81,39%
5. Perzentil	----	----	----	58,38%	65,81%
● Min	----	----	----	23,08%	36,84%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
106	100,00%	101	95,28%

**Anmerkungen:**

Ab dem Kennzahlenjahr 2016 wurde der Zähler der Kennzahl gemäß aktualisierter TNM-Klassifikation (8. Auflage) angepasst, nach der mind. 12 Lymphknoten (LK) zur Feststellung des N0-Status zu überprüfen sind.

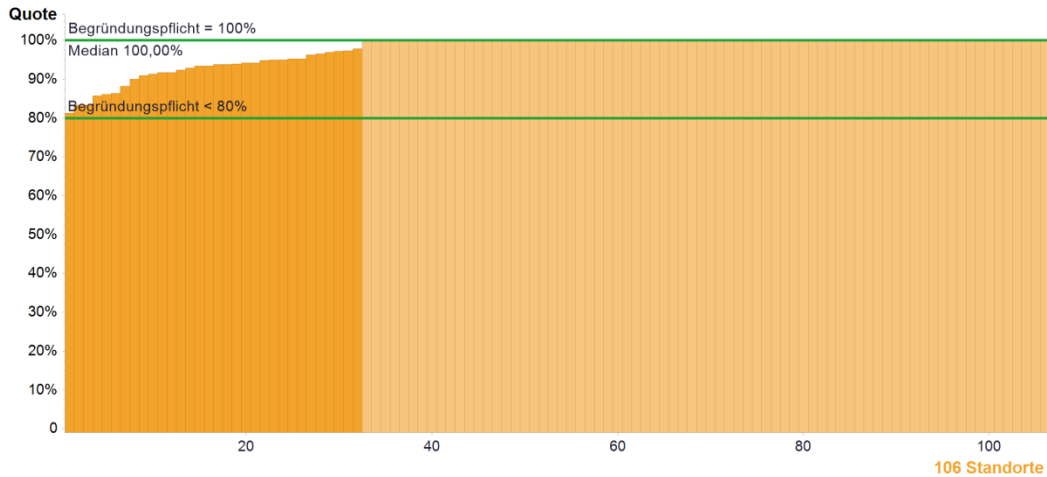
Der Qualitätsindikator der Leitlinie wird in den Zentren sehr gut umgesetzt, mit deutlich ansteigendem Median. 5 Zentren haben einen begründungspflichtig geringen Anteil (<65%) operativer Primärfälle mit  $\geq 12$  regionären LK im OP-Präparat. Die Einzelfallanalyse im Rahmen der Audits zeigte, dass häufig auf eine weitere Aufarbeitung der Pankreaspräparate verzichtet wurde, wenn bei <12 detektierten LK bereits ein pN1-Status vorlag. In den betreffenden Zentren wurden die aktualisierten Vorgaben im Rahmen von Qualitätszirkeln gemeinsam mit den Operateuren und Pathologen besprochen und implementiert.

\* 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.

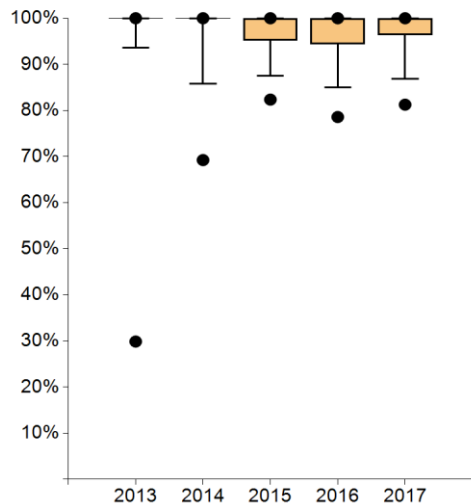
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 15. Inhalt Pathologieberichte (LL QI 3)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Befundberichte von operativen Primärfällen mit Angabe von: pT, pN, M; Tumorggrading; Verhältnis von befallenen zu entfernten LK	19*	6 - 65	2311
Nenner	Befundberichte von operativen Primärfällen	19,5*	6 - 65	2369
Quote	Begründungspflicht*** <80% und =100%	100%	81,25% - 100%	97,55%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● 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%	95,23%	94,44%	96,36%
5. Perzentil	93,62%	85,84%	87,50%	85,00%	86,80%
● Min	29,87%	69,23%	82,35%	78,57%	81,25%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
106	100,00%	32	30,19%

### Anmerkungen:

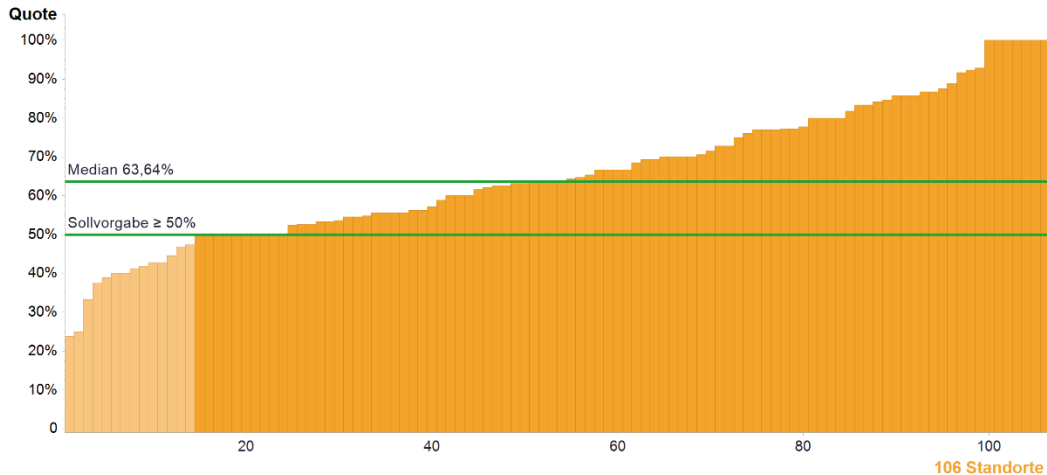
Anhaltend sehr gute Umsetzung der Kennzahl im Zeitverlauf. In keinem Zentrum waren <80% der Pathologieberichte Leitlinien-gerecht vollständig. 74 Zentren konnten mit ihren Pathologieberichten eine 100%-Erfüllungsquote für die Vorgaben der S3-Leitlinie vorweisen.

\* 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.

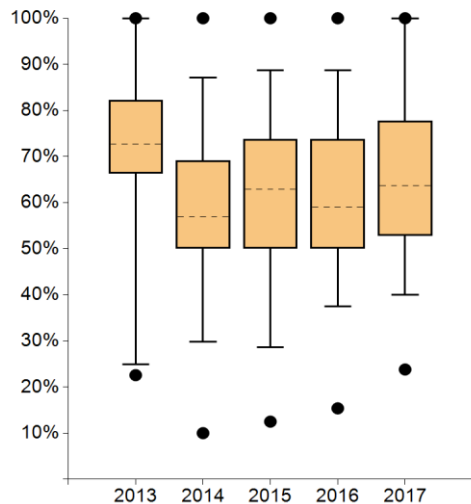
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 16. Adjuvante Chemotherapie (LL QI 4)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operative Primärfälle Pankreaskarzinom UICC Stad. I-III, R0-Resektion und adjuvanter Chemotherapie mit Gemcitabin o. 5-FU/Folinsäure	8*	1 - 37	953
Nenner	Operative Primärfälle Pankreaskarzinom UICC Stad. I-III und R0-Resektion (ohne NET und NEC)	12,5*	2 - 44	1472
Quote	Sollvorgabe ≥ 50%	63,64%	23,81% - 100%	64,74%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	87,14%	88,75%	88,69%	100%
75. Perzentil	82,22%	69,06%	73,80%	73,68%	77,65%
Median	72,73%	56,98%	62,96%	59,09%	63,64%
25. Perzentil	66,35%	50,00%	50,00%	50,00%	52,81%
5. Perzentil	24,97%	29,78%	28,57%	37,48%	40,00%
● Min	22,58%	10,00%	12,50%	15,38%	23,81%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
106	100,00%	92	86,79%

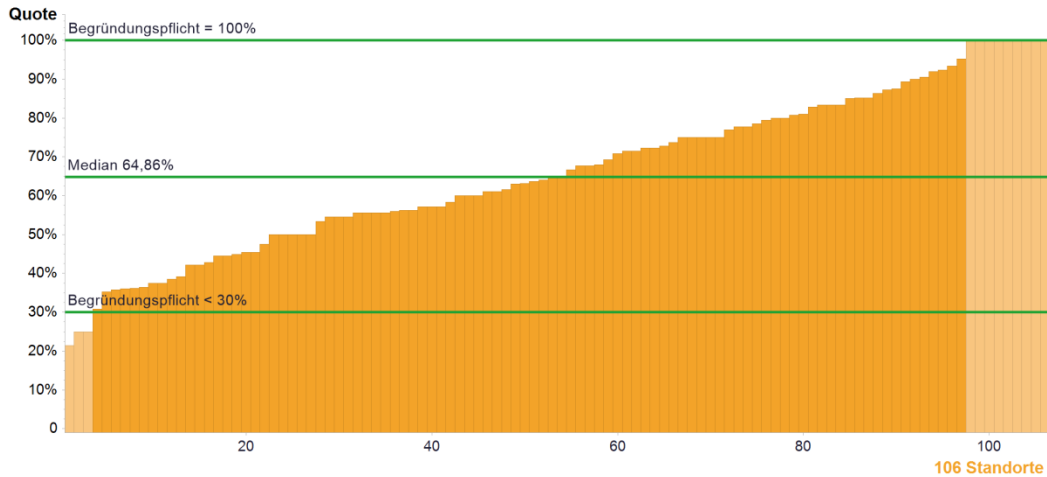
### Anmerkungen:

Der Qualitätsindikator der Leitlinie wird im Vorjahresvergleich besser umgesetzt, mit ansteigendem Median und Minimalwert. Ab dem Auditjahr 2018 wurde für die Kennzahl die Grundgesamtheit spezifiziert, so dass künftig die neuroendokrinen Tumoren und Karzinome des Pankreas explizit ausgenommen sind. 11 der 15 Zentren, die im Vorjahr die Sollvorgabe unterschritten, konnten ihre Rate im Auditjahr 2018 erhöhen. 14 Zentren führten im Auditjahr 2018 bei <50% der R0-resezierten operativen Primärfälle im UICC-Stadium I-III eine adjuvante Chemotherapie durch und begründeten dies mit Ablehnung der Therapie durch die Patienten oder dem Wunsch nach heimatnaher Therapiedurchführung, Verzicht auf die Chemotherapie aufgrund von Komorbidität/ Allgemeinzustand und raschem Versterben der Patienten. Die Angaben der Zentren wurden im Rahmen der Auditverfahren an den Einzelfällen plausibilisiert.

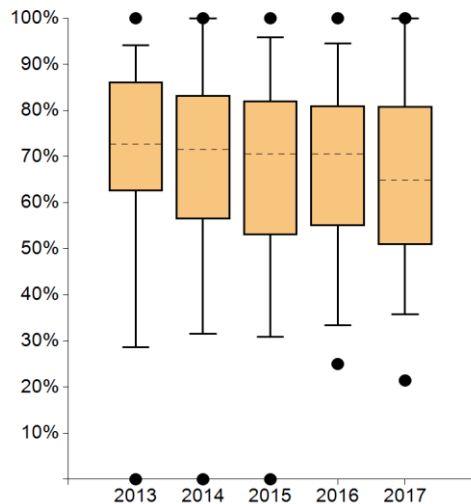
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

## 17. Palliative Chemotherapie (LL QI 5)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle mit Pankreaskarzinom UICC Stad. III und IV, ECOG 0-2 und palliativer Chemotherapie	11*	1 - 46	1369
Nenner	Primärfälle mit Pankreaskarzinom UICC Stad. III (Palliative Situation) und IV und ECOG 0-2 (ohne NET und NEC)	18*	1 - 60	2094
Quote	Begründungspflicht*** <30% und =100%	64,86%	21,43% - 100%	65,38%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	94,12%	100%	95,87%	94,57%	100%
75. Perzentil	86,21%	83,33%	82,09%	81,08%	80,89%
Median	72,73%	71,43%	70,59%	70,59%	64,86%
25. Perzentil	62,50%	56,45%	52,94%	55,00%	50,83%
5. Perzentil	28,57%	31,58%	30,85%	33,33%	35,78%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	25,00%	21,43%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
106	100,00%	94	88,68%

### Anmerkungen:

Der Median des Qualitätsindikators sinkt im Vorjahresvergleich erstmals wieder ab. 42 Zentren konnten ihre Rate palliativer Chemotherapien im Vergleich zum Vorjahr steigern oder halten. 3 Zentren führten bei <30% der Primärfälle im UICC-Stadium III und IV eine palliative Chemotherapie durch und begründeten dies mit Ablehnung der Therapie durch die Patienten, Chemotherapie-Verzicht aufgrund eines schlechten Allgemeinzustandes, fehlende Information bezüglich der palliativen Chemotherapie bei heimatnaher Durchführung oder raschem Versterben der Patienten.

\* 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 Patienten.

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

## 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.  
Henning Adam, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Michaela Rommel, OnkoZert  
Cristina Oltean, OnkoZert  
Julia Ferencz, OnkoZert

## 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 10.04.2019

**ISBN:** 978-3-946714-89-7



9 783946 714897