

# Kennzahlenauswertung 2020

## Jahresbericht der zertifizierten Pankreaskarzinomzentren

Auditjahr 2019 / Kennzahlenjahr 2018



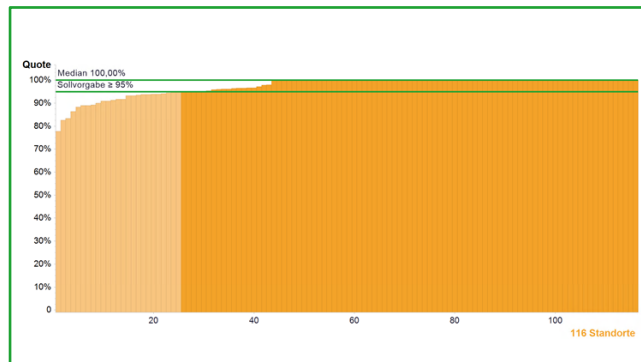
## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	3
Allgemeine Informationen .....	3
Stand des Zertifizierungssystems für Pankreaskarzinomzentren 2019 .....	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: Lymphknotenentfernung (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) .....	

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	19*	4 - 61	2501
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524* und 5-525* mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	19,5*	4 - 64	2576
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	77,78% - 100%	97,09%**



### 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.

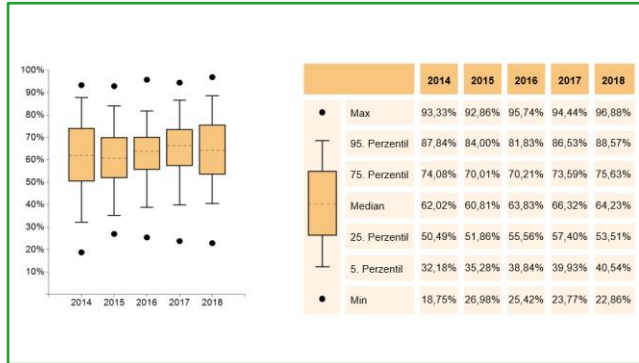
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

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

### Diagramm:

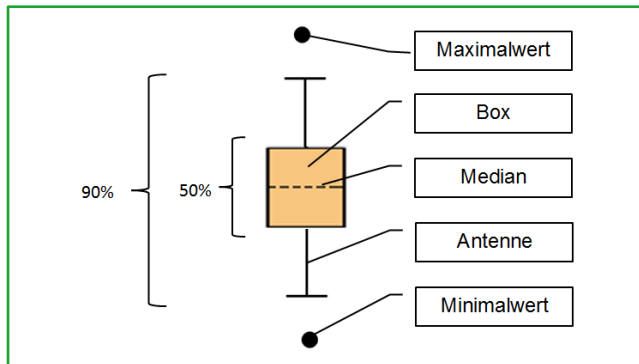
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

## Allgemeine Informationen



### Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2014, 2015, 2016, 2017** und **2018** 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 2019

	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014
Laufende Verfahren	8	5	10	5	8	11
Zertifizierte Zentren	117	112	98	91	77	67
Zertifizierte Standorte	120	115	100	93	79	68

## Berücksichtigte Standorte

	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	116	106	93	83	72	52
entspricht	96,7%	92,2%	93%	89,2%	91,1%	76,5%
Primärfälle gesamt*	5.683	5.104	4.526	3.877	3.177	2.378
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	49	48	49	47	44	46
Primärfälle pro Standort (Median)*	43	45	44	43	37,5	39

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

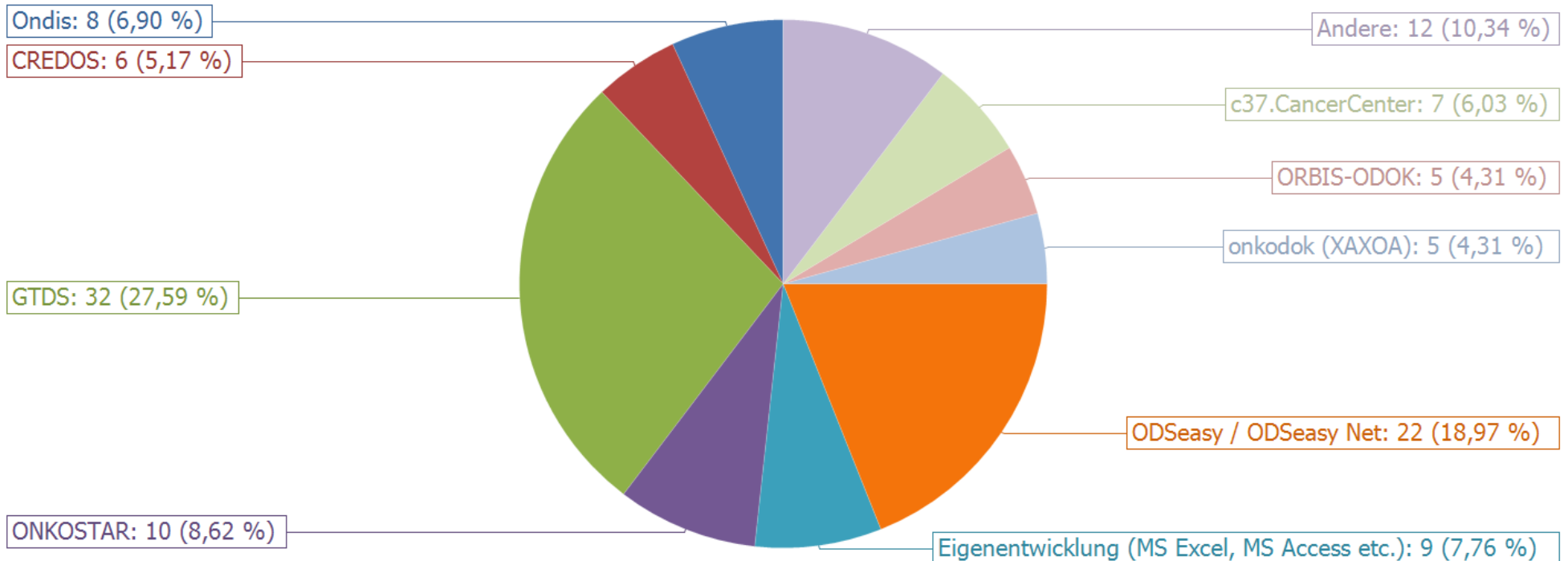
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Pankreaskarzinomzentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 116 der 120 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 4 Standorte, die im Jahr 2019 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend).

In 120 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 5.767 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 2018. Sie stellen für die in 2019 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

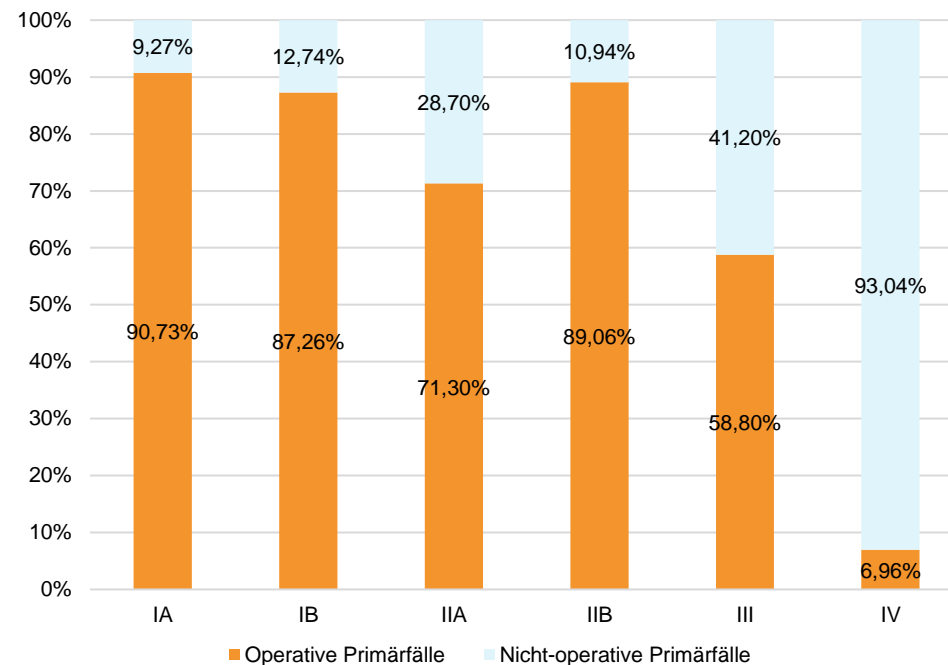
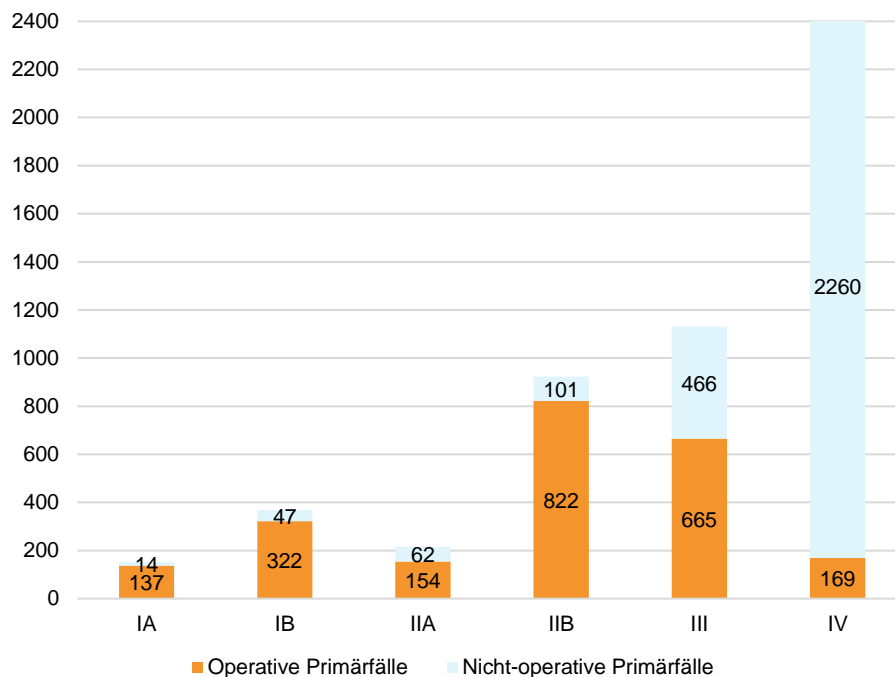
## Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



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.

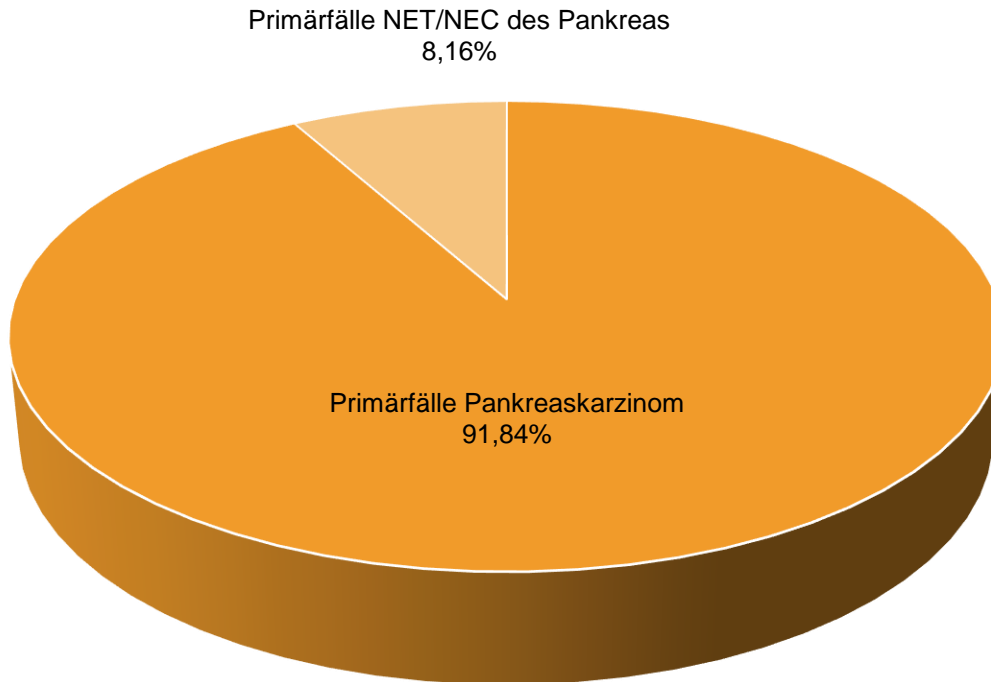
## Basisdaten – Primärfälle Pankreaskarzinom (Karzinome des exokrinen Pankreas)



	IA	IB	IIA	IIB	III	IV	Gesamt
<b>Operative Primärfälle</b>	137 (90,73%)	322 (87,26%)	154 (71,30%)	822 (89,06%)	665 (58,80%)	169 (6,96%)	2.269 (43,48%)
<b>Nicht-operative Primärfälle</b>	14 (9,27%)	47 (12,74%)	62 (28,70%)	101 (10,94%)	466 (41,20%)	2.260 (93,04%)	2.950 (56,52%)
<b>Primärfälle gesamt</b>	151 (100%)	369 (100%)	216 (100%)	923 (100%)	1.131 (100%)	2.429 (100%)	5.219 (100%)



## Basisdaten – Primärfälle Pankreas

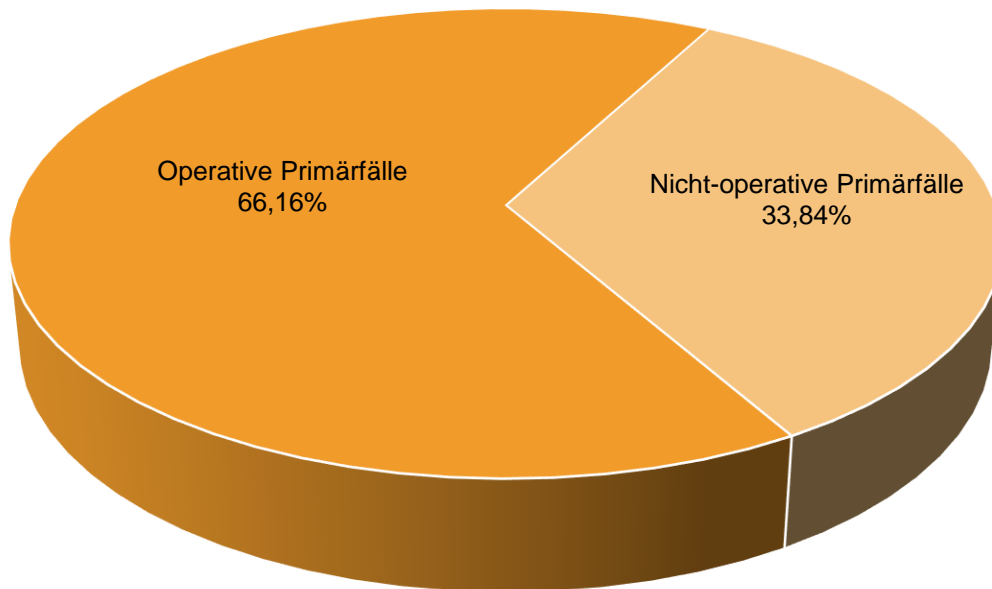


Primärfälle Pankreas		
Pankreaskarzinom	Neuroendokrine Tumoren (NET) und neuroendokrine Karzinome (NEC) des Pankreas	Primärfälle gesamt
5.219 (91,84%)	464 (8,16%)	5.683 (100%)

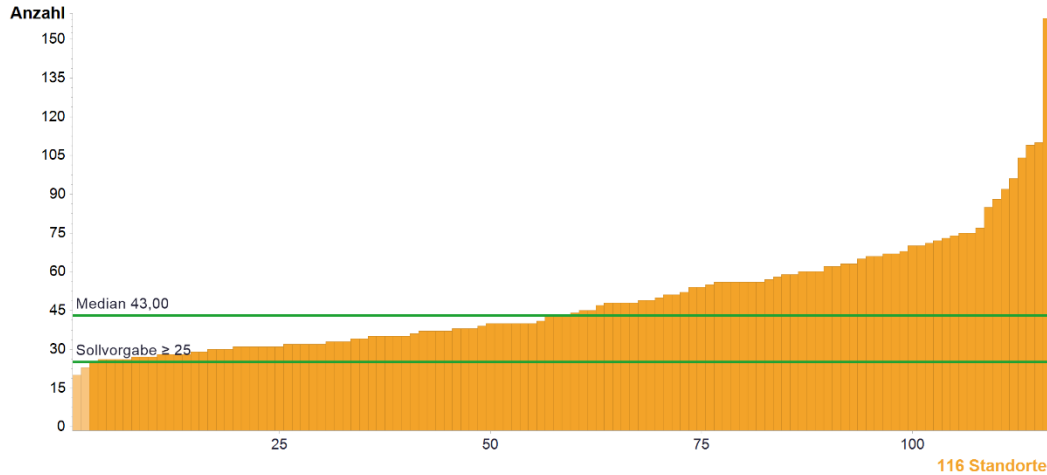
**Basisdaten**

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

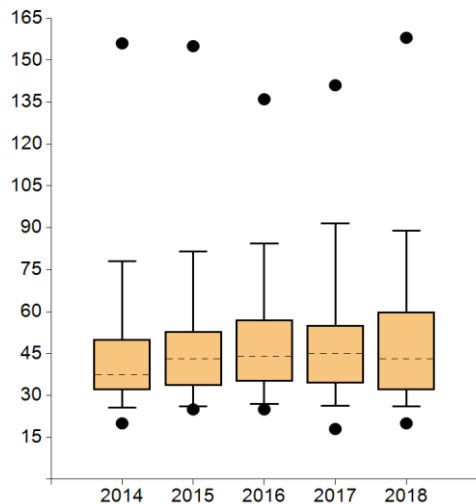
Operative Primärfälle	Nicht-operative Primärfälle	Primärfälle gesamt
307 (66,16%)	157 (33,84%)	464 (100%)



# 1. Primärfälle Zentrum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Primärfälle	43	20 - 158	5683
	Sollvorgabe ≥ 25			



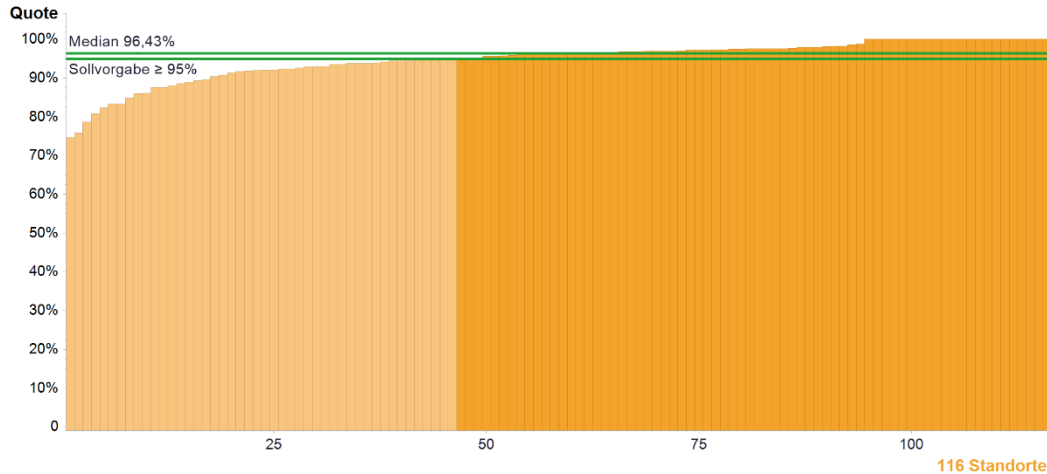
	2014	2015	2016	2017	2018
● Max	156,00	155,00	136,00	141,00	158,00
95. Perzentil	77,95	81,60	84,40	91,50	89,00
75. Perzentil	50,00	53,00	57,00	55,00	60,00
Median	37,50	43,00	44,00	45,00	43,00
25. Perzentil	32,00	33,50	35,00	34,25	32,00
5. Perzentil	25,55	26,10	27,00	26,25	26,00
● Min	20,00	25,00	25,00	18,00	20,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
116	100,00%	114	98,28%

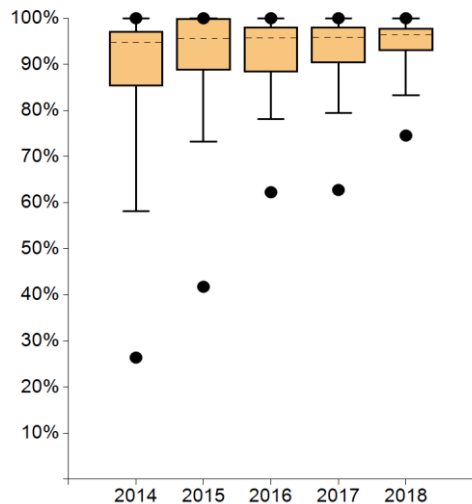
**Anmerkungen:**

Die Zahl der in den Zentren behandelten Primärfälle steigt um 11,34%. Wie im Vorjahr verfehlen 2 Zentren die Sollvorgabe von mindestens 25 Primärfällen. Beide mussten im Rahmen eines Wiederholaudits die Erfüllung der Kennzahl nachweisen. Eines der Zentren erfüllte die Fallzahlen im Durchschnitt der letzten 3 Jahre, eines stellte einen Antrag auf Aussetzung des Zertifikats. Vergleicht man die Primärfälle der Zentren mit den Inzidenzen in ganz Deutschland im Jahr 2016 (18.370, [www.krebsdaten.de](http://www.krebsdaten.de)), so werden 29,2% der Ersterkrankungen in zertifizierten Zentren behandelt.

## 2. Prätherapeutische Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit einem Pankreaskarzinom, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	40*	20 - 154	5367
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1)	43*	20 - 158	5683
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,43%	74,55% - 100%	94,44%**



	2014	2015	2016	2017	2018
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
● 95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
● 75. Perzentil	97,12%	100%	98,04%	98,16%	97,88%
● Median	94,73%	95,52%	95,74%	95,88%	96,43%
● 25. Perzentil	85,28%	88,68%	88,24%	90,34%	92,92%
● 5. Perzentil	58,18%	73,16%	78,06%	79,38%	83,33%
● Min	26,39%	41,75%	62,26%	62,75%	74,55%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
116	100,00%	70	60,34%

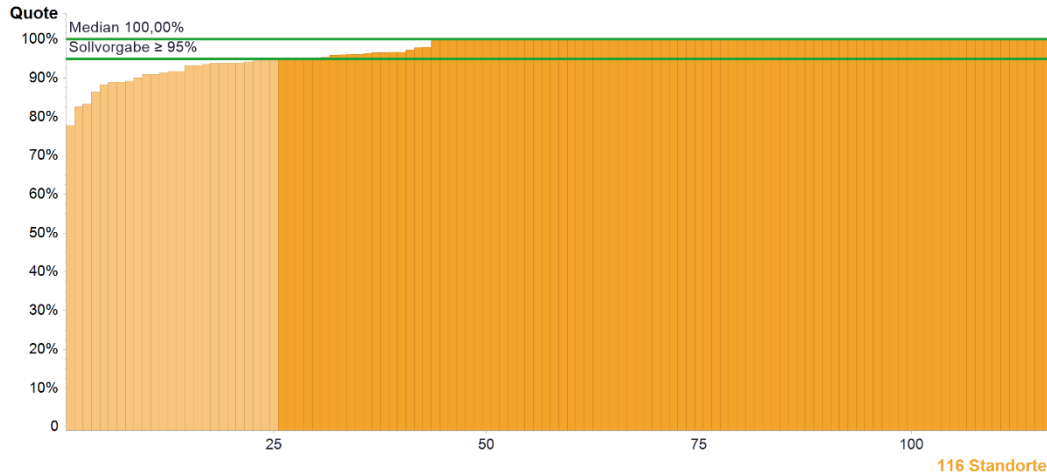
### Anmerkungen:

Die letzten Jahre zeigen eine positive Entwicklung dieser Kennzahl, wenngleich 46 Zentren die Sollvorgabe verfehlen. Demgegenüber erreichen 22 Zentren eine Quote von 100%, 56 Zentren können sie verbessern. Eine prätherapeutische Vorstellung unterblieb meist bei Notfall-Eingriffen (z.B. bei Ileussyndrom), erst intra-/postoperativer Diagnosesstellung (z.B. vermeintliche Pankreatitis), extern begonnener Diagnostik/Therapie oder palliativer Situation. In den Audits wurden Schulungen und SOPs angeregt, die die vollständige Vorstellung aller Primärfälle gewährleisten sollen, gerade auch bei eindeutiger Indikation, dringlicher OP (ad-hoc-Konferenz) und Palliativpatienten. 2 Zentren erhielten wegen wiederholter Unterschreitung eine Abweichung und konnten diese durch Umstellung ihrer Prozesse beheben.

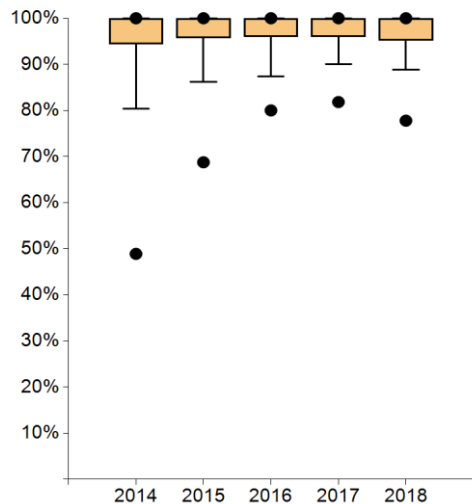
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

### 3. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	19*	4 - 61	2501
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524* und 5-525* mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	19,5*	4 - 64	2576
Quote	Sollvorgabe $\geq$ 95%	100%	77,78% - 100%	97,09%**



	2014	2015	2016	2017	2018
● 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	94,44%	95,74%	96,00%	95,94%	95,20%
5. Perzentil	80,36%	86,14%	87,36%	90,00%	88,89%
● Min	48,89%	68,75%	80,00%	81,82%	77,78%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
116	100,00%	91	78,45%

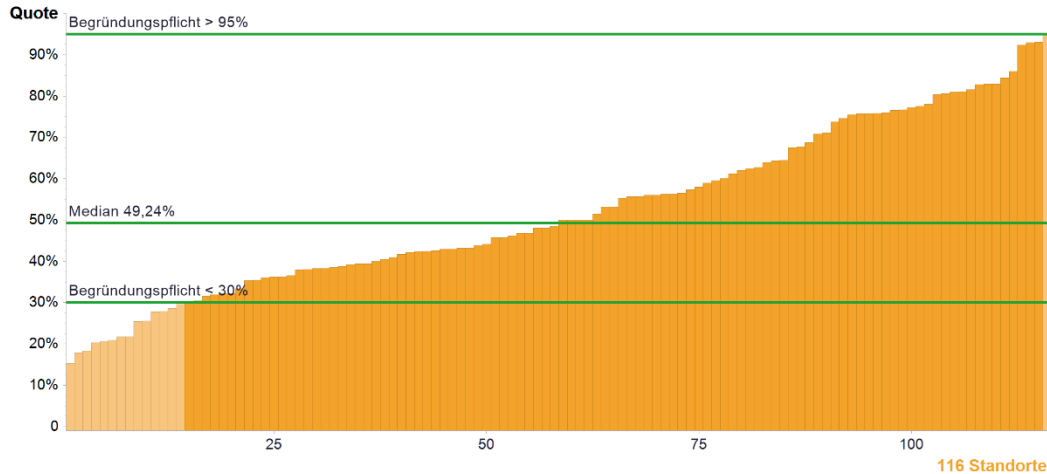
**Anmerkungen:**

Der Erfüllungsgrad der postoperativen Vorstellung ist weiterhin gut und verharrt auf Vorjahresniveau. 73 Zentren gelingt eine 100%ige Erfüllung. Von den 25 Zentren, die die Sollvorgabe verfehlen, erreichen 17 mindestens 90%. Postoperativ verstorbene Patienten waren in fast allen Fällen die Begründung, wenn die Sollvorgabe unterschritten wurde.

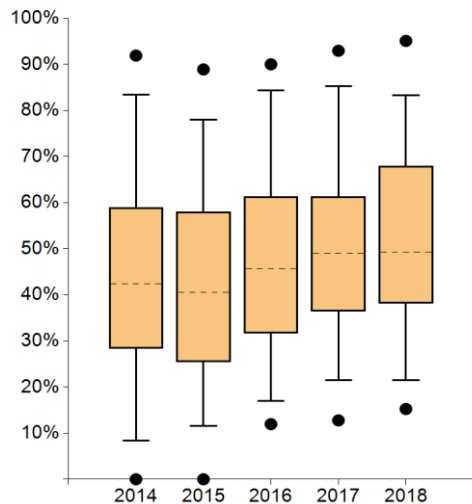
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 4. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	25*	10 - 107	3282
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1) + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	49*	21 - 170	6583
Quote	Begründungspflicht*** <30% und >95%	49,24%	15,24% - 95,08%	49,86%**



	2014	2015	2016	2017	2018
● Max	91,89%	88,89%	90,00%	92,94%	95,08%
● 95. Perzentil	83,45%	78,04%	84,28%	85,32%	83,29%
● 75. Perzentil	58,89%	58,06%	61,33%	61,25%	67,97%
● Median	42,41%	40,48%	45,71%	48,98%	49,24%
● 25. Perzentil	28,43%	25,41%	31,71%	36,47%	38,19%
● 5. Perzentil	8,37%	11,51%	17,01%	21,52%	21,51%
● Min	0,00%	0,00%	11,96%	12,77%	15,24%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
116	100,00%	101	87,07%

### Anmerkungen:

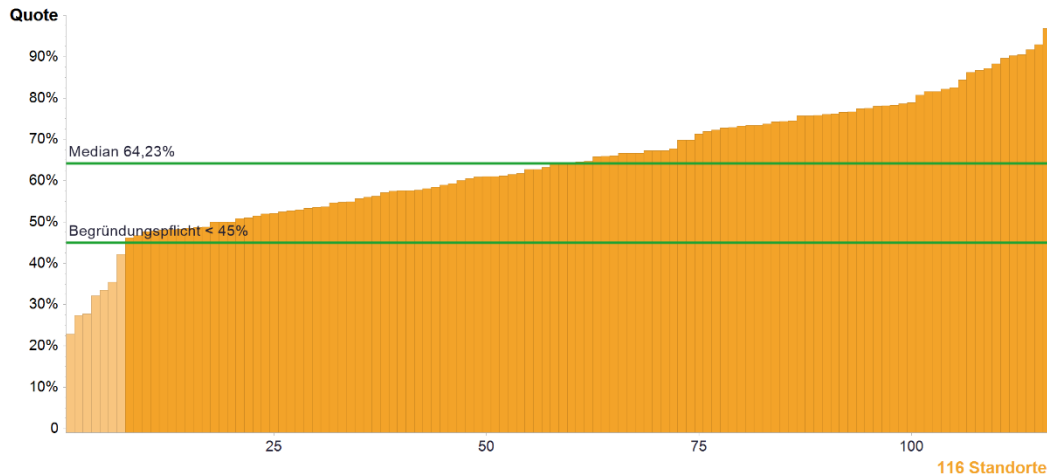
Die psychoonkologische Betreuungsquote setzt den positiven Trend der letzten Jahre fort, wenngleich im Kennzahlenjahr 2018 15 Zentren (Vorjahr: 13) außerhalb der Plausibilitätsgrenzen liegen. 14 von ihnen unterschreiten 30% und verweisen diesbezüglich häufig auf einen geringen Bedarf seitens der Patienten (z.T. trotz Screening bei Aufnahme und im Verlauf). Auch Gespräche <25 Min. und Dokumentationsprobleme im Rahmen der Palliativkomplexbehandlung wurden vereinzelt als ursächlich angesehen. Im Audit vereinbarte Maßnahmen zielten in erster Linie auf die Schulung und Sensibilisierung der Mitarbeiter ab.

\* 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.

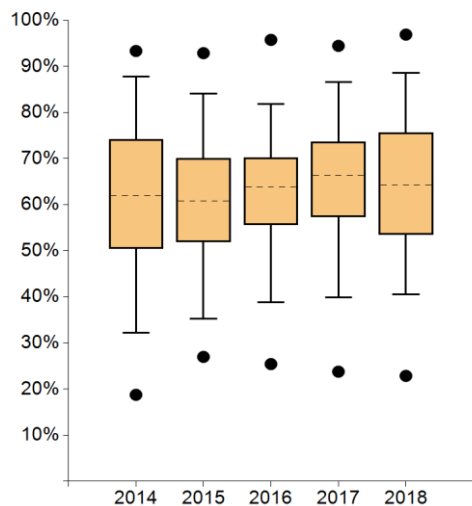
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 5. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die durch den Sozialdienst beraten wurden	31*	11 - 105	4112
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1) + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	49*	21 - 170	6583
Quote	Begründungspflicht*** <math>< 45\%</math>	64,23%	22,86% - 96,88%	62,46%**



	2014	2015	2016	2017	2018
● Max	93,33%	92,86%	95,74%	94,44%	96,88%
95. Perzentil	87,84%	84,00%	81,83%	86,53%	88,57%
75. Perzentil	74,08%	70,01%	70,21%	73,59%	75,63%
Median	62,02%	60,81%	63,83%	66,32%	64,23%
25. Perzentil	50,49%	51,86%	55,56%	57,40%	53,51%
5. Perzentil	32,18%	35,28%	38,84%	39,93%	40,54%
● Min	18,75%	26,98%	25,42%	23,77%	22,86%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
116	100,00%	109	93,97%

### Anmerkungen:

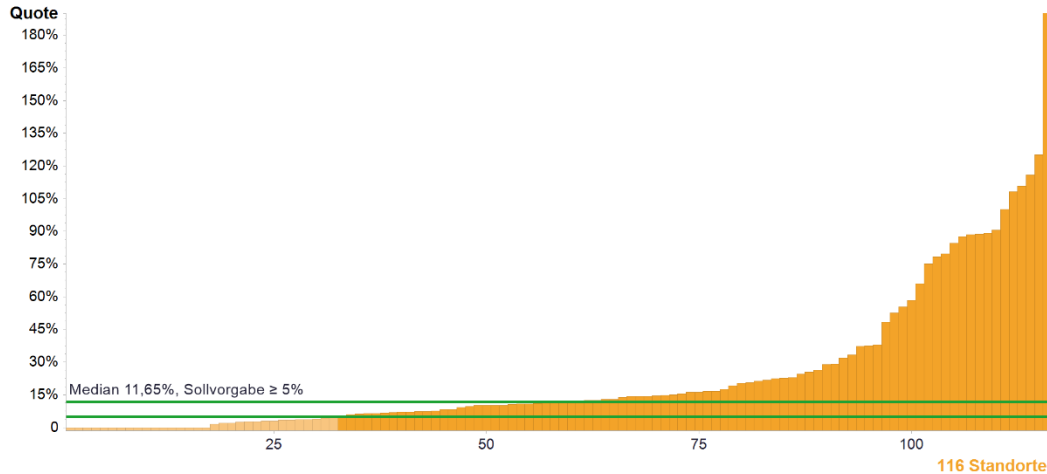
Die Kennzahl wird weiterhin sehr gut erfüllt. Quoten von 100% sind seit dem Kennzahlenjahr 2018 nicht mehr begründungspflichtig. 7 Zentren liegen wie bereits im Vorjahr unter 40%, 3 davon befinden sich im deutschsprachigen Ausland mit abweichender gesetzlicher Regelung des Sozialdienstes. Weitere Gründe für die vergleichsweise niedrigen Quoten sind die Ablehnung durch die Patienten, insbesondere bei im Rahmen vorheriger Aufenthalte stattgehabter Beratungen, sowie die mangelhafte Erfassung der Beratungen von Palliativpatienten. In den Audits wurde auf die Bedeutung einer höheren Beratungsquote hingewiesen.

\* 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.

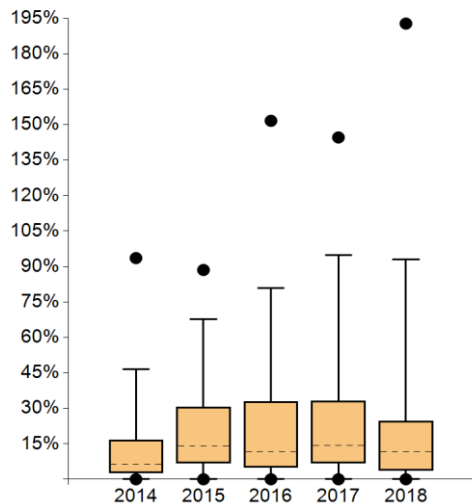
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 6. Studienteilnahme



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten, die in eine Studie eingebracht wurden	5*	0 - 212	1704
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1)	43*	20 - 158	5683
Quote	Sollvorgabe $\geq$ 5%	11,65%	0,00% - 192,73%	29,98%**



	2014	2015	2016	2017	2018
● Max	93,55%	88,52%	151,61%	144,57%	192,73%
95. Perzentil	46,47%	67,71%	80,83%	94,87%	92,97%
75. Perzentil	16,73%	30,52%	32,89%	33,20%	24,72%
Median	6,25%	13,95%	11,76%	14,29%	11,65%
25. Perzentil	2,65%	6,71%	5,00%	6,71%	3,81%
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	%
116	100,00%	84	72,41%

### Anmerkungen:

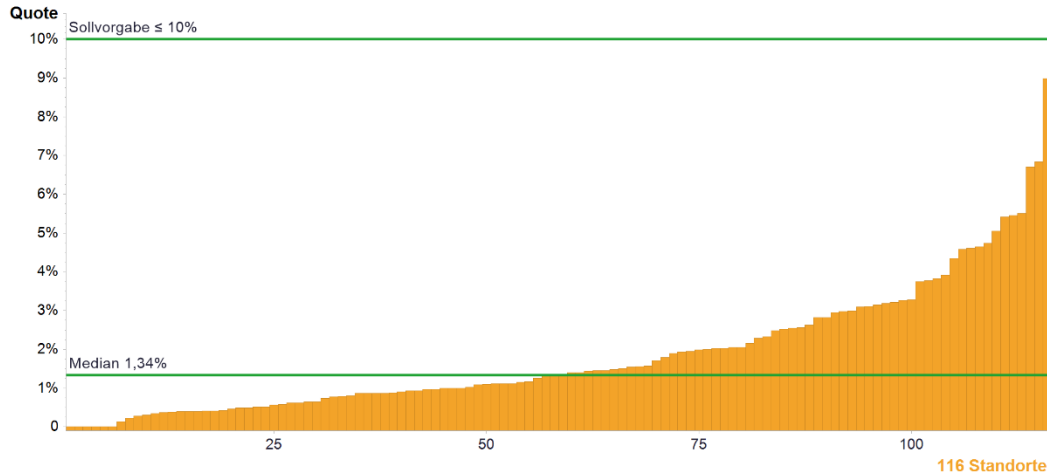
Bei der Studienteilnahme fällt die zunehmende Streuung ins Auge bei insgesamt abnehmendem Median. 32 Zentren (Vorjahr: 13) verfehlen die Sollvorgabe, 10 von ihnen verfehlten sie bereits im Vorjahr. 17 Zentren können keinen Patienten in eine Studie einschließen (Vorjahr: 7 Zentren). Als Gründe für eine geringe Teilnahme werden Absagen, verzögerter Beginn bzw. Rekrutierungsstopps von Studien, fehlende geeignete Patienten, personelle Veränderungen in den Zentren und Ablehnung durch die Patienten genannt. In den Audits wurden verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung (u.a. Qualitätszirkel, Kooperation mit Unikliniken/Praxen, Aufbau und personelle Aufstockung von Studienzentren) besprochen. Es wurden 7 Abweichungen und zahlreiche Hinweise ausgesprochen.

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

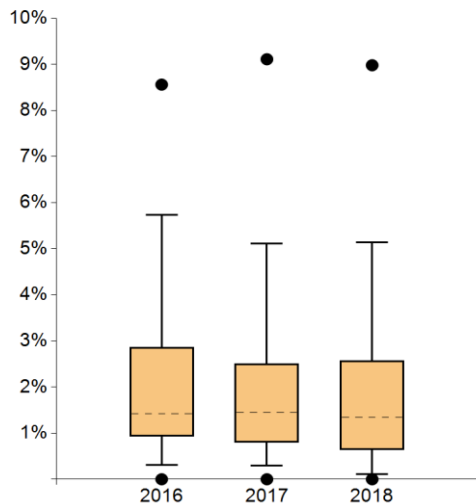
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.



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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	ERCPs des Nenners mit spezifischen Komplikationen. Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1)	5*	0 - 56	841
Nenner	ERCPs je endoskopierender Einheit	363*	116 - 1480	49074
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	1,34%	0,00% - 8,98%	1,71%**



	2014	2015	2016	2017	2018
● Max	-----	-----	8,56%	9,11%	8,98%
95. Perzentil	-----	-----	5,73%	5,11%	5,14%
75. Perzentil	-----	-----	2,86%	2,50%	2,58%
Median	-----	-----	1,42%	1,45%	1,34%
25. Perzentil	-----	-----	0,93%	0,80%	0,64%
5. Perzentil	-----	-----	0,31%	0,30%	0,11%
● Min	-----	-----	0,00%	0,00%	0,00%

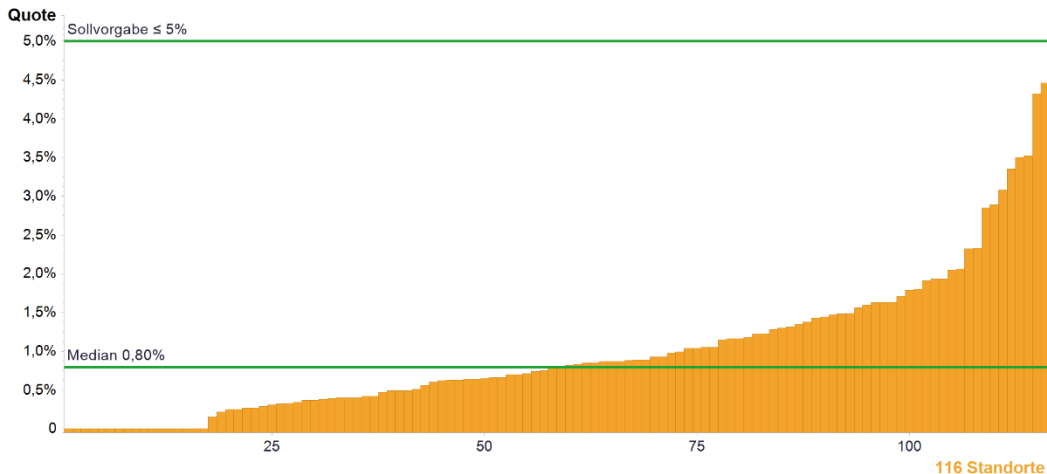
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
116	100,00%	116	100,00%

### Anmerkungen:

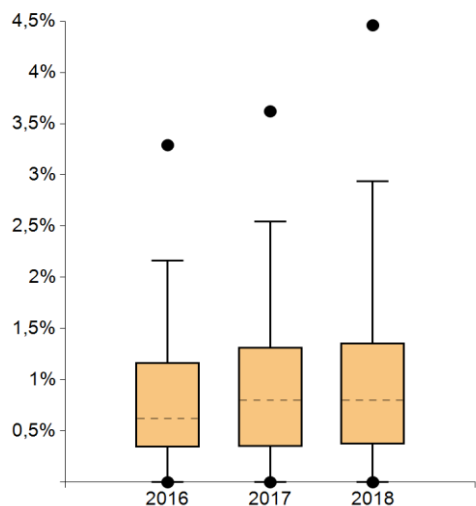
Seit dem Kennzahlenjahr 2016 bilden die durchgeführten ERCPs und nicht mehr die behandelten Patienten die Bezugsgröße im Nenner. Bei leicht verbessertem Median erfüllen wie bereits im Vorjahr alle Zentren die Sollvorgabe von maximal 10% ERCPs mit Komplikationen. 47 Zentren haben eine Komplikationsrate von maximal 1%. 62 Zentren verringern ihre Raten im Vergleich zum Vorjahr.

\* 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 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	ERCPS des Nenners mit spezifischen Komplikationen. Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1)	3*	0 - 18	446
Nenner	ERCPS je endoskopierender Einheit	363*	116 - 1480	49074
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	0,80%	0,00% - 4,46%	0,91%**



	2014	2015	2016	2017	2018
● Max	----	----	3,29%	3,62%	4,46%
95. Perzentil	----	----	2,17%	2,55%	2,94%
75. Perzentil	----	----	1,17%	1,32%	1,36%
Median	----	----	0,62%	0,80%	0,80%
25. Perzentil	----	----	0,34%	0,35%	0,37%
5. Perzentil	----	----	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	----	----	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
116	100,00%	116	100,00%

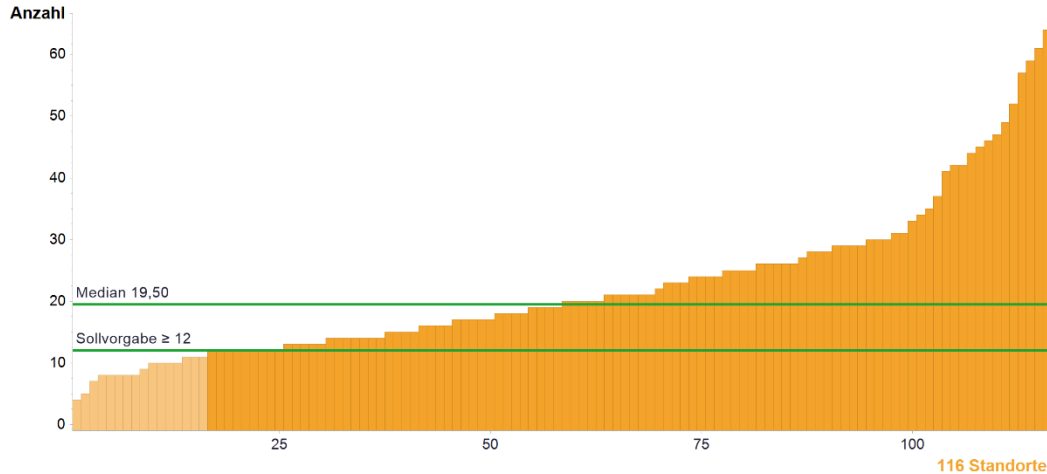
### Anmerkungen:

Seit dem Kennzahlenjahr 2016 bilden die durchgeführten ERCPS und nicht mehr die behandelten Patienten die Bezugsgröße im Nenner. Die Streuung hat sich auf Grund der Ergebnisse von 6 Zentren, die Werte über 3% aufwiesen, erhöht. Nur 2 von ihnen meldeten bereits im Vorjahr Quoten in ähnlicher Größenordnung.

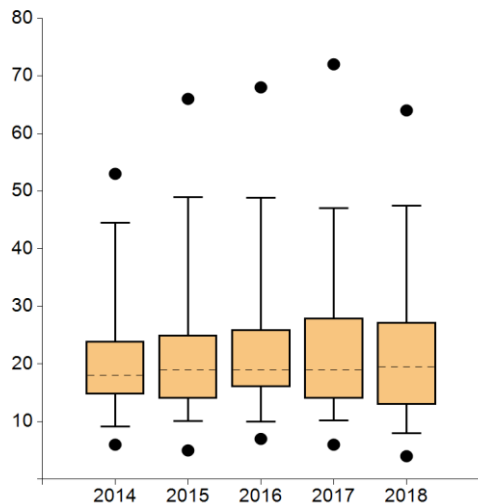
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle Pankreas (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) (Def. 5.2.4)	19,5	4 - 64	2576
	Sollvorgabe $\geq 12$			



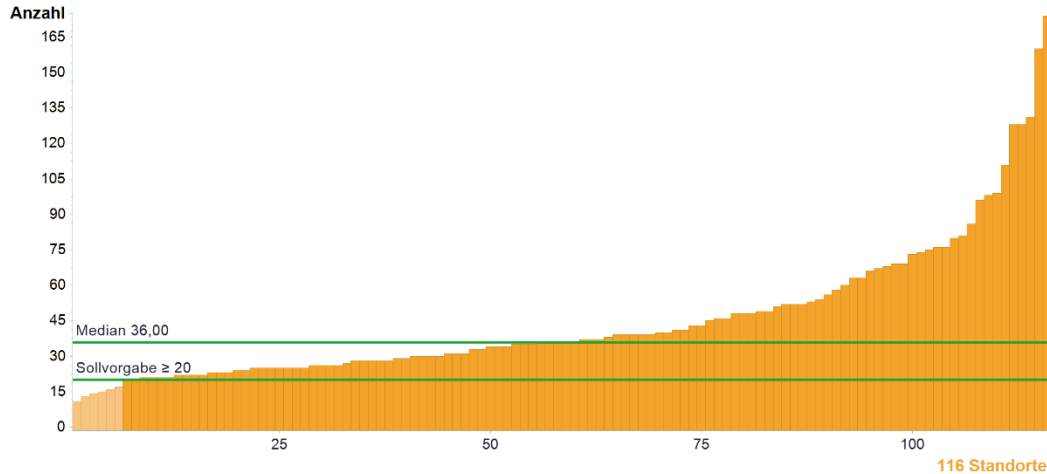
	2014	2015	2016	2017	2018
● Max	53,00	66,00	68,00	72,00	64,00
95. Perzentil	44,45	48,90	48,80	47,00	47,50
75. Perzentil	24,00	25,00	26,00	28,00	27,25
Median	18,00	19,00	19,00	19,00	19,50
25. Perzentil	14,75	14,00	16,00	14,00	13,00
5. Perzentil	9,10	10,10	10,00	10,25	8,00
● Min	6,00	5,00	7,00	6,00	4,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
116	100,00%	100	86,21%

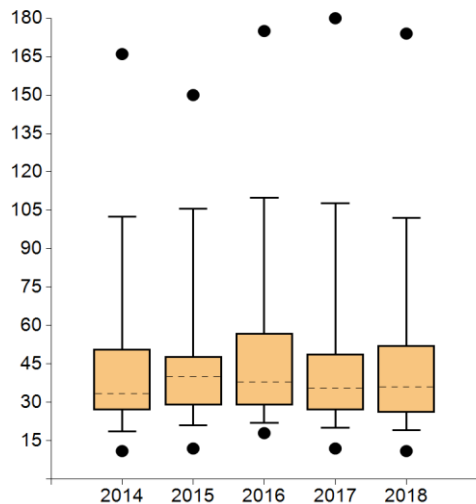
**Anmerkungen:**

Die Gesamtzahl der operativen Primärfälle steigt mit 8,33% weniger stark als die der Primärfälle (+11,34%, vgl. Kennzahl 1). Die 16 Zentren unterhalb der Sollvorgabe von 12 Fällen identifizierten häufig personelle Wechsel als Ursachen für die Unterschreitungen. Gemäß „Bewertungsrichtlinie Fallzahlen“ ist ein Unterschreiten der operativen Primärfallzahlen nicht per se Grund für einen Entzug des Zertifikats, sondern das Nicht-Erfüllen der Gesamtfallzahl und der operativen Expertise. Gleichwohl wurden in den Audits bei den 6 Zentren, die die Sollvorgabe unterschritten haben, 4 Abweichungen ausgesprochen. Eines der Zentren beantragte wegen gleichzeitiger Unterschreitung der Primärfallzahlen eine Aussetzung des Zertifikats. Maßnahmen zur Erhöhung der Zahlen waren u.a. OP-Zentralisierungen sowie Infoveranstaltungen für Zuweiser und Patienten. Die meisten der Zentren mit Unterschreitung rechnen 2019 mit einer Fallzahlerhöhung.

## 9. Operative Expertise Pankreas gesamt



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Pankreasresektionen (Pankreaslinks-, Pankreaskopfresektion, Totale Pankreatektomie, OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25)	36	11 - 174	5255
	Sollvorgabe ≥ 20			



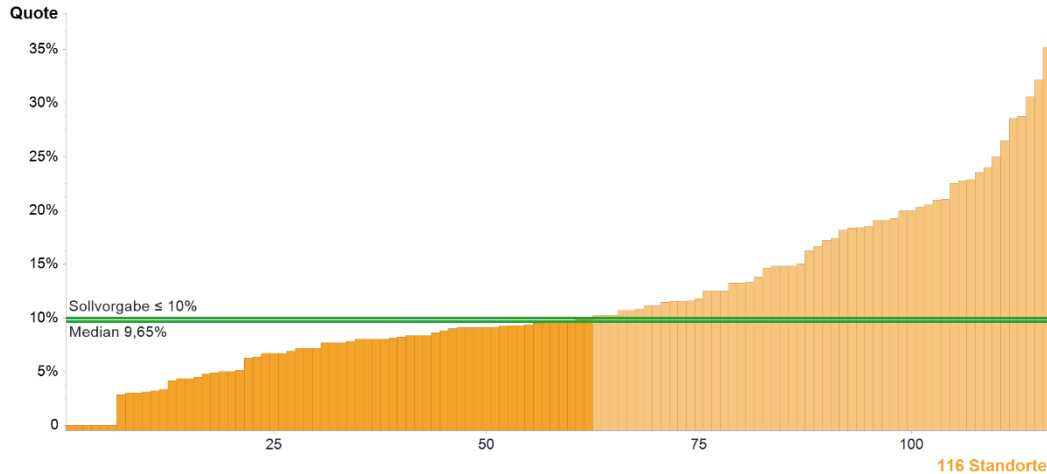
	2014	2015	2016	2017	2018
● Max	166,00	150,00	175,00	180,00	174,00
95. Perzentil	102,45	105,70	109,80	107,75	102,00
75. Perzentil	50,75	48,00	57,00	49,00	52,25
Median	33,50	40,00	38,00	35,50	36,00
25. Perzentil	27,00	29,00	29,00	27,00	26,00
5. Perzentil	18,65	21,00	22,00	20,00	19,25
● Min	11,00	12,00	18,00	12,00	11,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
116	100,00%	110	94,83%

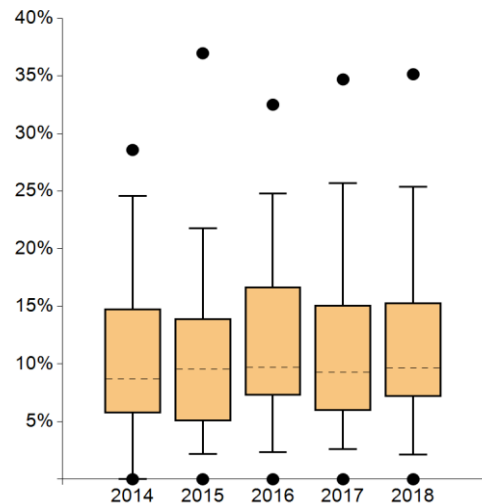
### Anmerkungen:

Die Zahl der in den zertifizierten Zentren durchgeführten Pankreasresektionen steigt um 6,9%. In Bezug auf das einzelne Zentrum bleiben die Zahlen auf Vorjahresniveau. 6 Zentren verfehlen die Sollvorgabe dieser Kennzahl. Gleichzeitig wird bei diesen 6 Zentren auch die Sollvorgabe für die operierten Primärfälle nicht erreicht (vgl. Kennzahl 8). Entsprechend wurden auch vergleichbare Stellungnahmen der Zentren abgegeben. In einem Fall waren die Zahlen im Rahmen eines Wiederholaudits nachzuweisen. Im Durchschnitt der letzten 3 Jahre wurde die Sollvorgabe jedoch erreicht.

## 10. Revisions-OP's Pankreas



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Resektionen des Nenners mit Revisions-OP's infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach OP	4*	0 - 23	628
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	36*	11 - 174	5255
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	9,65%	0,00% - 35,14%	11,95%**



	2014	2015	2016	2017	2018
● Max	28,57%	36,96%	32,50%	34,69%	35,14%
95. Perzentil	24,55%	21,78%	24,77%	25,70%	25,37%
75. Perzentil	14,81%	13,92%	16,67%	15,11%	15,31%
Median	8,70%	9,52%	9,68%	9,31%	9,65%
25. Perzentil	5,73%	5,07%	7,27%	5,97%	7,14%
5. Perzentil	0,00%	2,20%	2,36%	2,62%	2,15%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
116	100,00%	62	53,45%

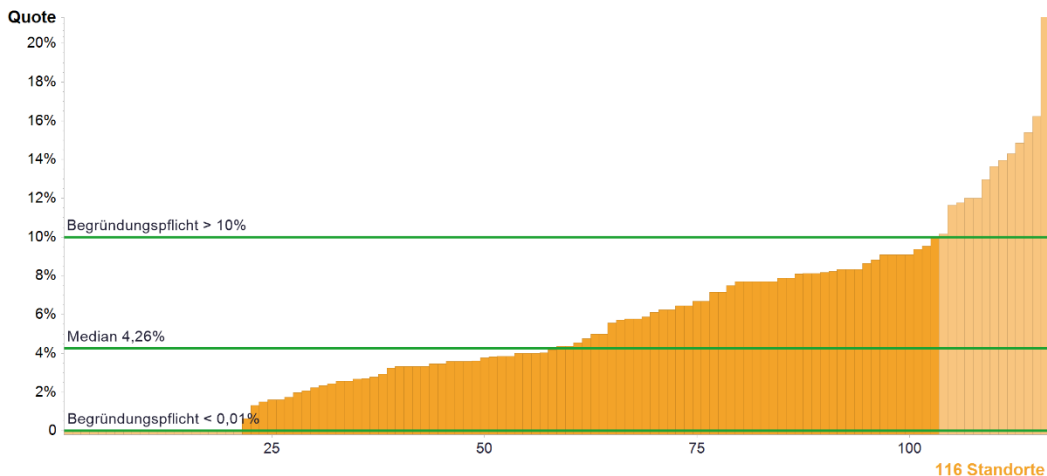
### Anmerkungen:

Der Anteil an Revisionseingriffen ist im Kennzahlenjahr 2018 konstant geblieben, gut die Hälfte der Zentren erfüllt die Sollvorgabe von maximal 10%. 54 Zentren verfehlten die Sollvorgabe, 31 von ihnen taten dies bereits im Vorjahr. Ursachen waren nach Aussagen der Zentren v.a. Anastomosensuffizienzen, Blutungen, Fisteln, Abszesse und Pankreatitiden. Neben der Empfehlung spezifischer Maßnahmen (z.B. M&M-Konferenzen, Überprüfung der OP-Techniken, vermehrter Einsatz interventioneller Verfahren) setzten die Auditoren die Quoten auch in Bezug zur Mortalität: Einige Zentren mit großzügiger Indikation zur Revisions-OP wiesen sehr niedrige Mortalitätsraten und damit eine hohe Ergebnisqualität auf.

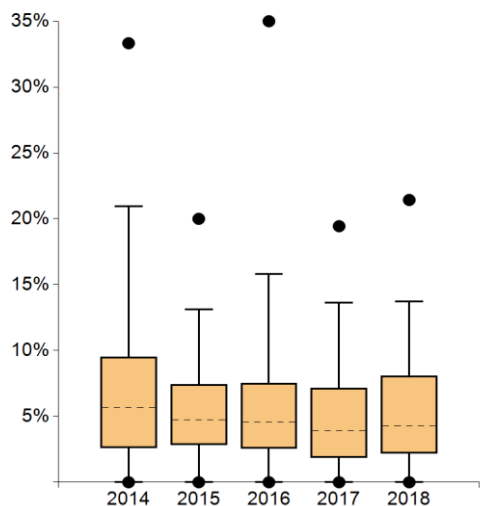
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 11. Postoperative Wundinfektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Resektionen des Nenners mit postoperativen Wundinfektionen innerhalb von 30 d nach OP und Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	2*	0 - 19	297
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	36*	11 - 174	5255
Quote	Begründungspflicht*** <0,01% und >10%	4,26%	0,00% - 21,43%	5,65%**



	2014	2015	2016	2017	2018
● Max	33,33%	20,00%	35,00%	19,44%	21,43%
95. Perzentil	20,93%	13,13%	15,79%	13,64%	13,72%
75. Perzentil	9,52%	7,41%	7,50%	7,14%	8,09%
Median	5,65%	4,72%	4,57%	3,93%	4,26%
25. Perzentil	2,60%	2,86%	2,56%	1,85%	2,19%
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	%
116	100,00%	82	70,69%

### Anmerkungen:

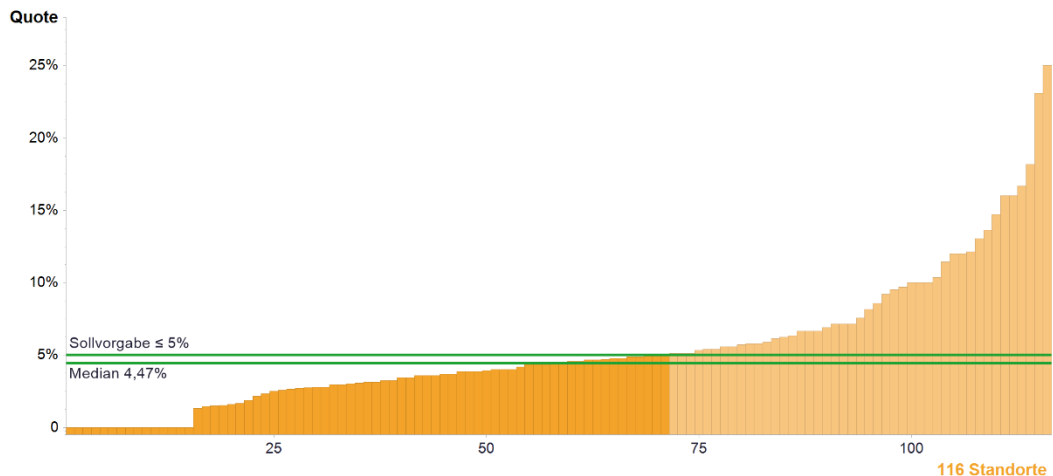
Der Median der Rate postoperativer Wundinfektionen steigt im Erfassungsjahr 2018 leicht an. 21 Zentren hatten keine Wundinfektion dokumentiert. Wie bereits im Vorjahr mussten 13 Zentren eine Rate >10% erklären, wobei u.a. auf Multimorbidität und eine hohe Re-Operationsrate verwiesen wurde. Viele Zentren nahmen ihr Ergebnis zum Anlass, Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten, z.B. eine Anpassung der Antibiotikaprophylaxe an das hausspezifische Keimspektrum, die Anpassung der präoperativen Hygienemaßnahmen, großzügigere Einlage von Wunddrainagen und konsequente Wundspülungen.

\* 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.

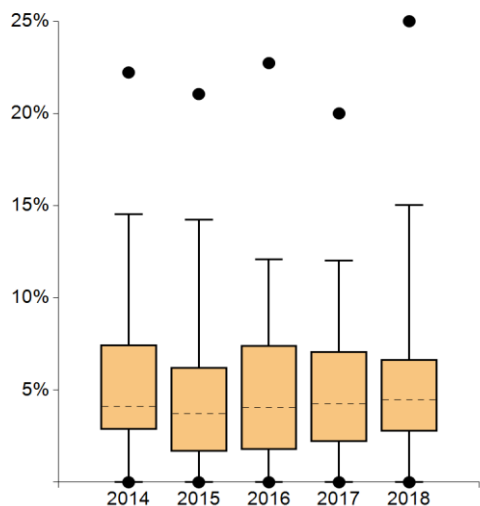
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 12. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners, bei denen Patienten innerhalb von 30 d postoperativ verstorben sind	2*	0 - 7	250
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	36*	11 - 174	5255
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	4,47%	0,00% - 25,00%	4,76%**



	2014	2015	2016	2017	2018
● Max	22,22%	21,05%	22,73%	20,00%	25,00%
95. Perzentil	14,52%	14,24%	12,08%	12,03%	15,03%
75. Perzentil	7,46%	6,24%	7,41%	7,08%	6,67%
Median	4,11%	3,70%	4,05%	4,23%	4,47%
25. Perzentil	2,86%	1,68%	1,75%	2,18%	2,77%
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	%
116	100,00%	71	61,21%

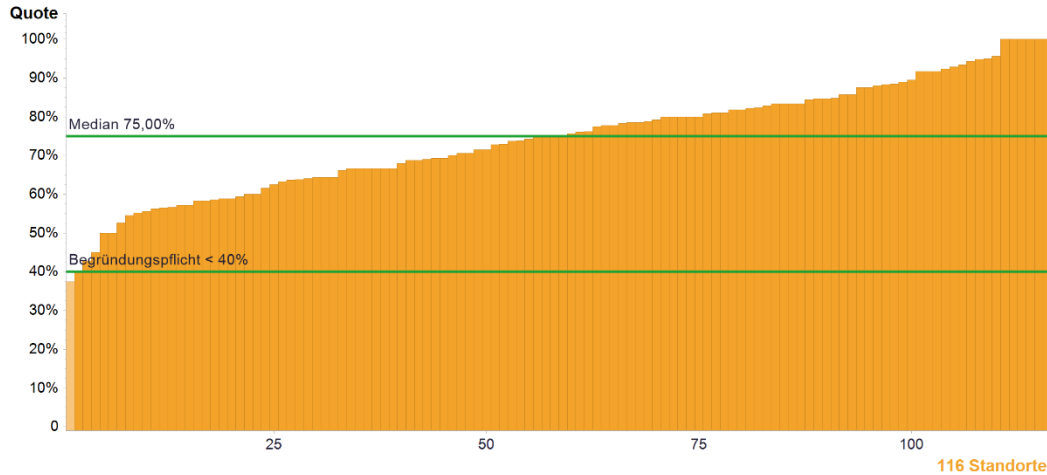
### Anmerkungen:

Der Median der postoperativen Mortalität hat sich leicht erhöht, auch die Streuung in den höheren Prozentbereichen ist im Vergleich zum Vorjahr größer. 45 Zentren (Vorjahr: 37) verfehlen die Sollvorgabe, von denen 19 bereits im Vorjahr auffällig waren. Todesursachen waren in den überwiegenden Fällen septische Krankheitsverläufe, Leber-/Nierenversagen, Herzinfarkt, thromboembolische Ereignisse und generell Multimorbidität und/oder hohes Alter. In vielen der Fälle wurden in den Audits keine systematischen Fehler identifiziert. Die kritischen Einzelfallprüfungen ergaben neben konkreten Maßnahmen wie M&M-Konferenzen, Überarbeitung des perioperativen Antibiotikamanagements oder Etablierung präoperativer Risikoscores jedoch auch explizite Empfehlungen zu einer kritischeren Indikationsstellung zur OP, insbesondere bei Metastasierung, hohem Alter und Gefäßinfiltration. In einem Fall wurde eine Abweichung ausgesprochen.

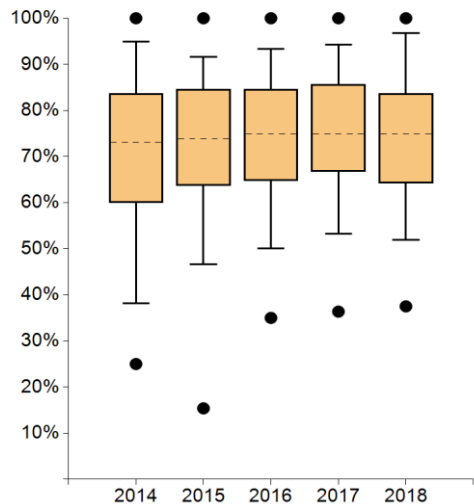
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit lokalen R0-Resektionen nach Abschluss der operativen Therapie	14*	2 - 49	1910
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	19,5*	4 - 64	2576
Quote	Begründungspflicht*** <40%	75,00%	37,50% - 100%	74,15%**



	2014	2015	2016	2017	2018
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
● 95. Perzentil	94,86%	91,67%	93,26%	94,27%	96,74%
● 75. Perzentil	83,65%	84,62%	84,62%	85,71%	83,61%
● Median	73,03%	73,91%	75,00%	75,00%	75,00%
● 25. Perzentil	60,00%	63,69%	64,71%	66,67%	64,22%
● 5. Perzentil	38,16%	46,67%	50,00%	53,26%	51,97%
● Min	25,00%	15,38%	35,00%	36,36%	37,50%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
116	100,00%	115	99,14%

**Anmerkungen:**

Die Kennzahl wird weiterhin sehr gut von den Zentren umgesetzt und verharrt auf hohem Niveau. Eine Quote von 100% R0-Resektionen (von 6 Zentren erreicht) war im Kennzahlenjahr 2018 nicht mehr begründungspflichtig. Lediglich 1 Zentrum (Vorjahr: 2) musste eine Quote unter 40% begründen. Dieses Zentrum hatte lediglich 8 Patienten im Nenner und konnte die niedrige Rate im Audit plausibilisieren (R0-Resektion am Absetzungsrand, jedoch postoperative Feststellung einer Perineuralscheideninfiltration).

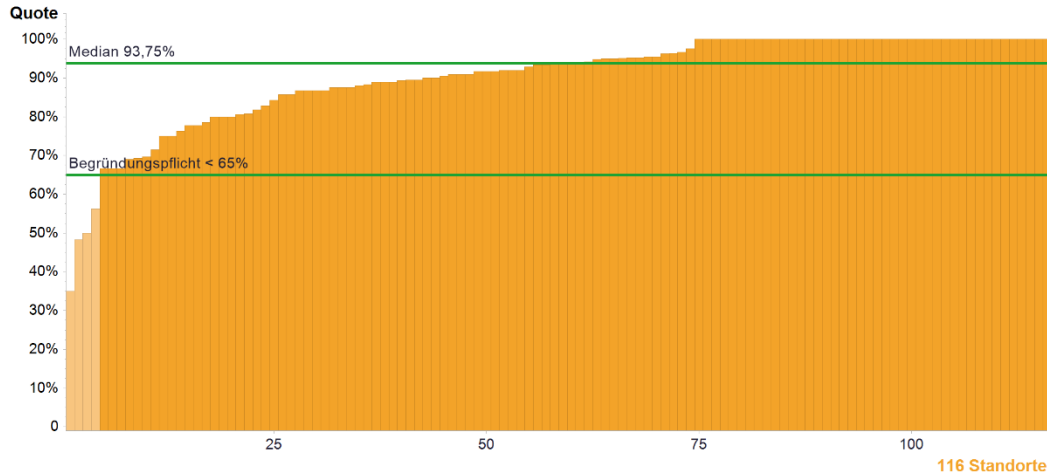
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

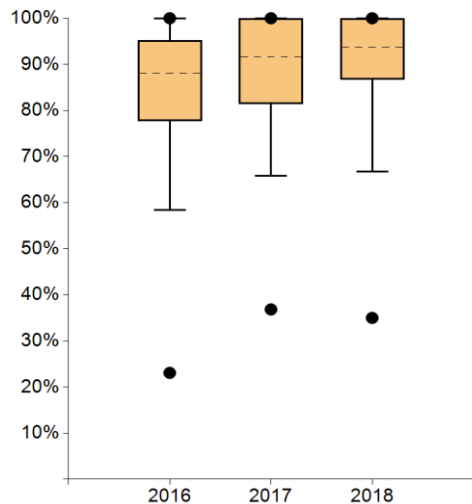
\*\*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.



## 14. Lymphknotenentfernung (LL QI 2)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit $\geq 12$ regionären LK im OP-Präparat nach Abschluss der operativen Therapie	15*	2 - 46	1974
Nenner	Operative Primärfälle Pankreas (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) ohne NET und NEC, die eine Lymphadenektomie erhalten haben	16*	3 - 56	2211
Quote	Begründungspflicht*** <65%	93,75%	35,00% - 100%	89,28%**



	2014	2015	2016	2017	2018
● Max	----	----	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	----	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	----	95,24%	100%	100%
Median	----	----	88,00%	91,67%	93,75%
25. Perzentil	----	----	77,78%	81,39%	86,67%
5. Perzentil	----	----	58,38%	65,81%	66,67%
● Min	----	----	23,08%	36,84%	35,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
116	100,00%	112	96,55%

### Anmerkungen:

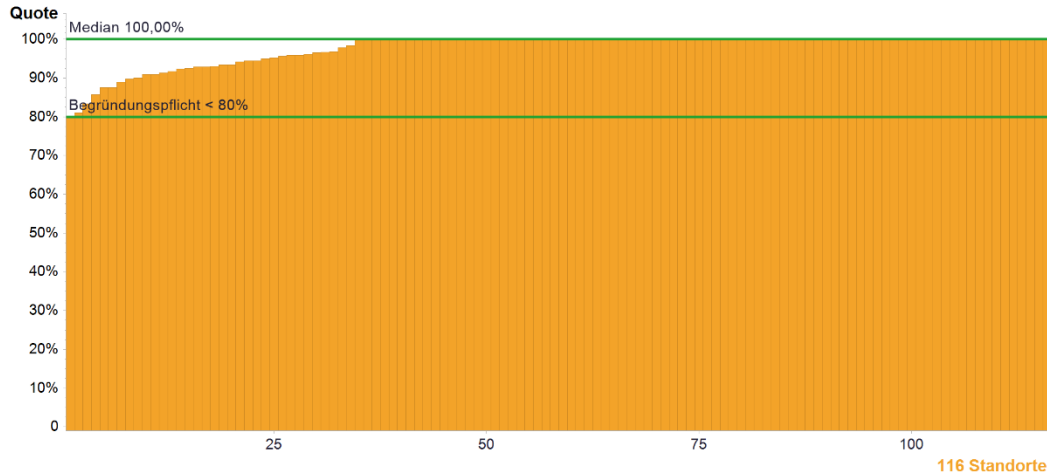
Die Kennzahl entwickelt sich weiter positiv, sodass nur noch 4 Zentren (Vorjahr: 5) eine begründungspflichtig niedrige Quote an operativen Primärfällen mit mindestens 12 regionären Lymphknoten im OP-Präparat aufweisen. 2 dieser Zentren waren bereits im Vorjahr begründungspflichtig. Die 4 Zentren erklärten in den Audits ihre niedrigen Quoten mit weniger Lymphknoten im Resektat bei neoadjuvant vorbehandelten Patienten, einer sehr strengen Differenzierung zwischen Lymphknoten und Lymphfollikeln in der Pathologie sowie bereits feststehendem pN1-Status. In den Audits wurden Rücksprachen mit der Pathologie sowie Arbeitsgruppen zur Vereinheitlichung der LK-Sampling-Standards 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.

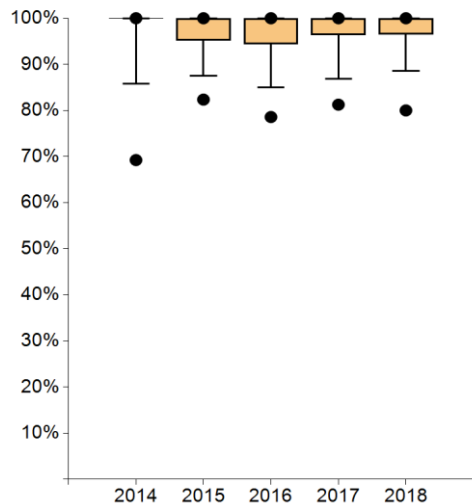
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 15. Inhalt Pathologieberichte (LL QI 3)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Befundberichte des Nenners mit Angabe von: pT, pN, M; Tumorgrading; Verhältnis von befallenen zu entfernten LK	19*	4 - 59	2468
Nenner	Befundberichte von operativen Primärfällen	19*	4 - 64	2534
Quote	Begründungspflicht*** < 80%	100%	80,00% - 100%	97,40%**



	2014	2015	2016	2017	2018
● 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%	95,23%	94,44%	96,36%	96,45%
5. Perzentil	85,84%	87,50%	85,00%	86,80%	88,54%
● Min	69,23%	82,35%	78,57%	81,25%	80,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
116	100,00%	116	100,00%

### Anmerkungen:

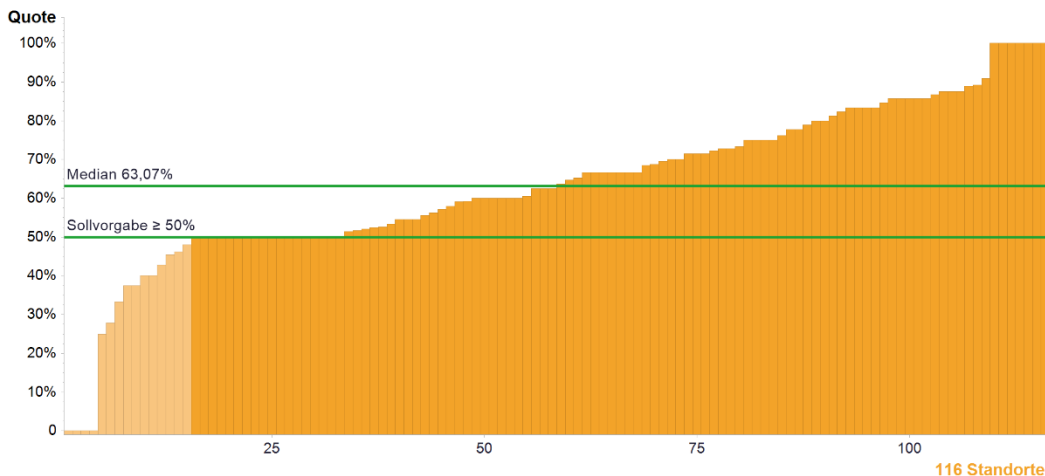
Ab dem Kennzahlenjahr 2018 befinden sich auch die 82 Zentren mit durchgehend vollständigen Pathologieberichten (Vorjahr: 74) innerhalb der Plausibilitätsgrenzen und sind somit nicht mehr begründungspflichtig. Wie bereits im Vorjahr unterschreitet keines der Zentren 80%, sodass von einer hervorragenden Umsetzung dieser Leitlinienvorgabe auszugehen 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.

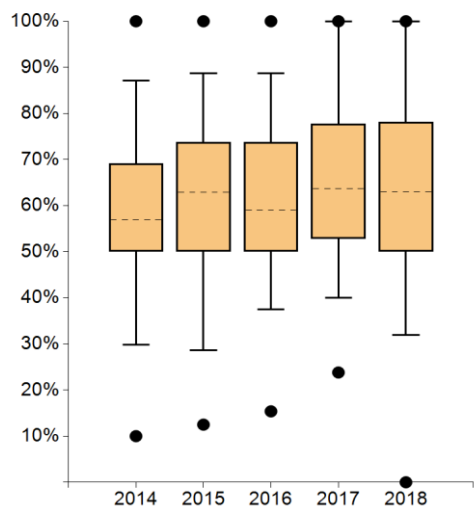
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 16. Adjuvante Chemotherapie (LL QI 4)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit adjuvanter Chemotherapie mit Gemcitabin o. 5-FU/Folinsäure	7*	0 - 33	1013
Nenner	Operative Primärfälle Pankreaskarzinom UICC Stad. I-III und R0-Resektion (ohne NET und NEC)	12*	1 - 40	1571
Quote	Sollvorgabe $\geq 50\%$	63,07%	0,00% - 100%	64,48%**



	2014	2015	2016	2017	2018
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	87,14%	88,75%	88,69%	100%	100%
75. Perzentil	69,06%	73,80%	73,68%	77,65%	78,07%
Median	56,98%	62,96%	59,09%	63,64%	63,07%
25. Perzentil	50,00%	50,00%	50,00%	52,81%	50,00%
5. Perzentil	29,78%	28,57%	37,48%	40,00%	31,94%
● Min	10,00%	12,50%	15,38%	23,81%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
116	100,00%	101	87,07%

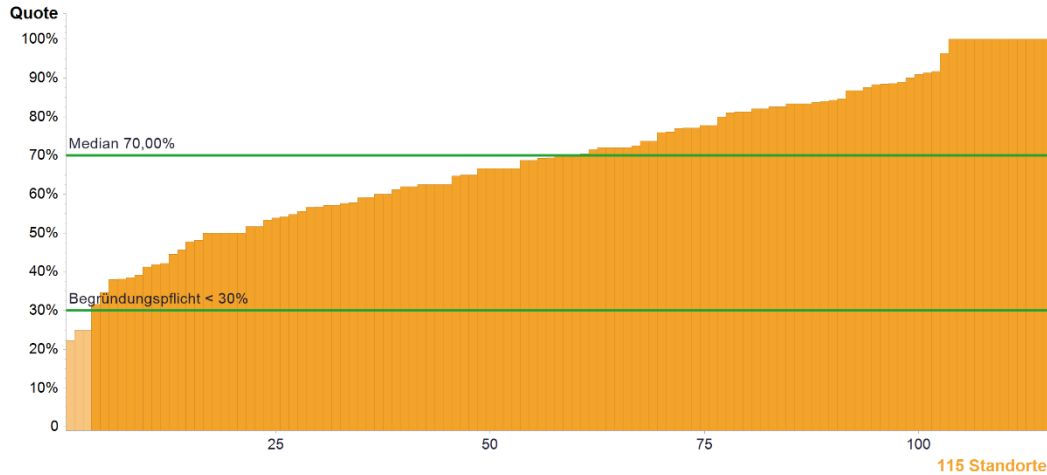
### Anmerkungen:

Bei fast konstantem Erfüllungsgrad vergrößert sich die Streuung der Ergebnisse. 15 Zentren (Vorjahr: 14) verfehlen die Sollvorgabe von mindestens 50% zum Teil deutlich, wobei die 3 Zentren mit einer Quote von 0% lediglich 3 bzw. 4 Patienten im Nenner zählen konnten. Nur 2 Zentren waren bereits im Vorjahr begründungspflichtig. Als Begründung für das Unterschreiten der Sollvorgabe werden genannt: Anwendung anderer Chemotherapien (insbesondere FOLFIRINOX), Verzicht auf Grund von Ablehnung durch die Patienten, Tod vor Beginn der Chemotherapie sowie schlechter Allgemeinzustand bzw. Komorbiditäten. Dies konnte in den Audits bestätigt werden.

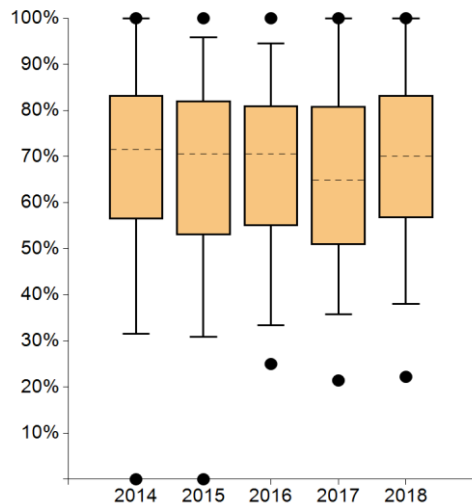
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 17. Palliative Chemotherapie (LL QI 5)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit palliativer Chemotherapie	13*	1 - 55	1699
Nenner	Primärfälle Pankreaskarzinom UICC Stad. III (Palliative Situation) und IV und ECOG 0-2 (ohne NET und NEC)	20*	1 - 67	2520
Quote	Begründungspflicht*** <30%	70,00%	22,22% - 100%	67,42%**



	2014	2015	2016	2017	2018
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	95,87%	94,57%	100%	100%
75. Perzentil	83,33%	82,09%	81,08%	80,89%	83,33%
Median	71,43%	70,59%	70,59%	64,86%	70,00%
25. Perzentil	56,45%	52,94%	55,00%	50,83%	56,72%
5. Perzentil	31,58%	30,85%	33,33%	35,78%	38,05%
● Min	0,00%	0,00%	25,00%	21,43%	22,22%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
115	99,14%	112	97,39%

### Anmerkungen:

Die Kennzahl entwickelt sich weiter positiv: 57 Zentren können ihr Vorjahresergebnis halten oder verbessern. 12 Zentren erreichen 100%. Durch den Wegfall der Begründungspflicht bei vollständiger Erfüllung der Kennzahl liegen nur noch 3 Zentren außerhalb der Plausibilitätsgrenzen. Diese erklärten ihre Ergebnisse mit verzögertem Beginn der Chemotherapie im Folgejahr sowie mit älteren bzw. multimorbiden Patienten in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien, die eine Chemotherapie abgelehnt hätten.

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

\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten 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.  
Johannes Rückher, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Michaela Rommel, OnkoZert  
Florina Dudu, 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 30.04.2020

**ISBN:** 978-3-948226-14-5



9 783948 226145