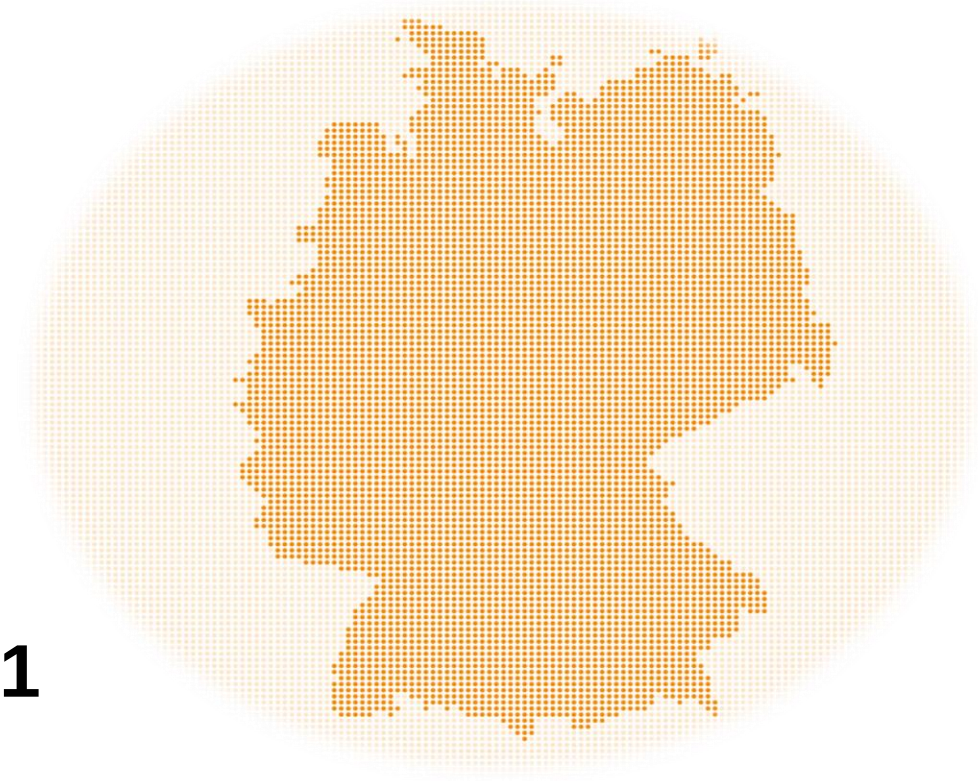


Kennzahlenauswertung 2021

Jahresbericht der zertifizierten Speiseröhrenkrebszentren

Auditjahr 2020 / Kennzahlenjahr 2019

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 3
Allgemeine Informationen 3
Stand des Zertifizierungssystems für Speiseröhrenkrebszentren 2020 5
Berücksichtigte Standorte 6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten 7
Basisdatenauswertung 8
Kennzahlenauswertungen 12
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle 12
Kennzahl Nr. 1b: Zentrumsfälle 13
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI 4) 14
Kennzahl Nr. 3: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen 15
Kennzahl Nr. 4: Vorstellung nach Abschluss der neoadjuvanten Chemotherapie/Radiochemotherapie 16
Kennzahl Nr. 5: Postoperative Fallvorstellung 17
Kennzahl Nr. 6: Psychoonkologische Betreuung 18
Kennzahl Nr. 7: Beratung Sozialdienst 19
Kennzahl Nr. 8: Anteil Studienpatienten 20
Kennzahl Nr. 9: Inhalt Pathologiebericht Biopsie (LL QI 1) 21
Kennzahl Nr. 10: Inhalt Pathologiebericht lokale Exzidate (LL QI 2) 22
Kennzahl Nr. 11: Inhalt Pathologiebericht OP-Resektat (LL QI 3) 23
Kennzahl Nr. 12: Operative chirurgische Expertise 24
Kennzahl Nr. 13: Revisions-OP's 25
Kennzahl Nr. 14: Endoskopische R0-Resektion (LL QI 5) 26
Kennzahl Nr. 15: Chirurgische R0-Resektion (LL QI 6) 27
Kennzahl Nr. 16: Anastomoseninsuffizienz (LL QI 10) 28
Kennzahl Nr. 17: Mortalität postoperativ (LL QI 11.1) 29
Kennzahl Nr. 18: Präoperative Radiochemotherapie bei cT3/cT4-Plattenepithelkarzinom (LL QI 7) 30
Kennzahl Nr. 19: Perioperative Chemotherapie oder präoperative Radiochemotherapie bei Adenokarzinom (LL QI 8) 31
Kennzahl Nr. 20: First-Line Chemotherapie bei metastasiertem Adenokarzinom (LL QI 9) 32
Impressum 33

Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 14: Endoskopische R0-Resektion (LL QI 5) .....
Kennzahl Nr. 15: Chirurgische R0-Resektion (LL QI 6) .....
Kennzahl Nr. 16: Anastomoseninsuffizienz (LL QI 10) .....
Kennzahl Nr. 17: Mortalität postoperativ (LL QI 11.1) .....

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

	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	10*	2 - 33	239
Nenner	Patienten mit Rezidiv bzw. neuaufgetretenen Metastasen	10,5*	2 - 45	278
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	95,46%	65,22% - 100%	85,97%**

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.

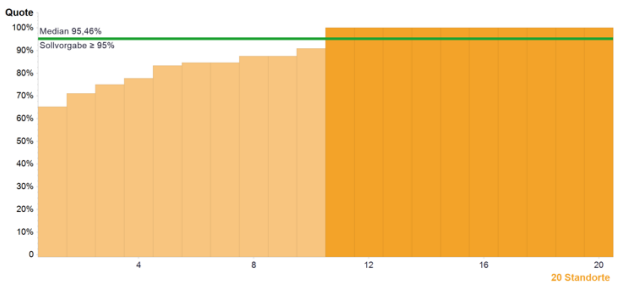
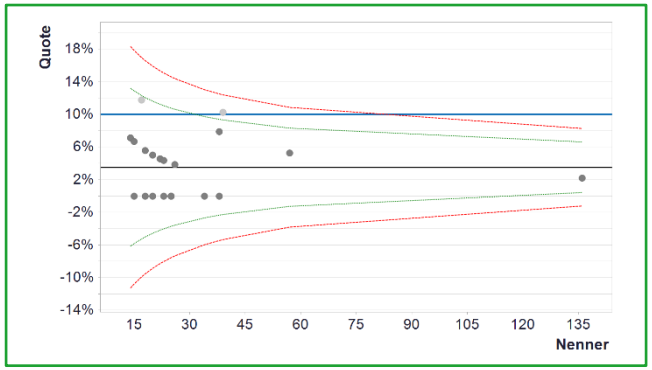


Diagramm:

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.

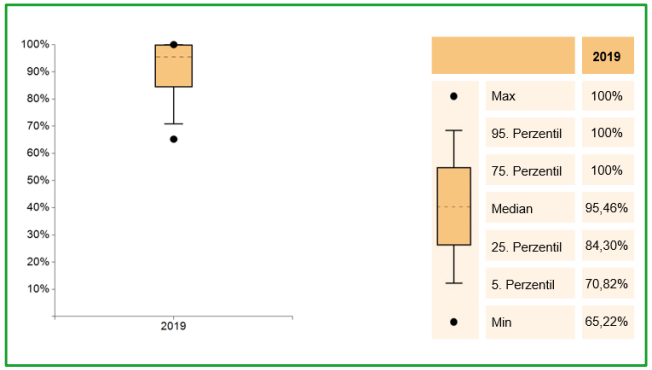
Zum Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Informationen



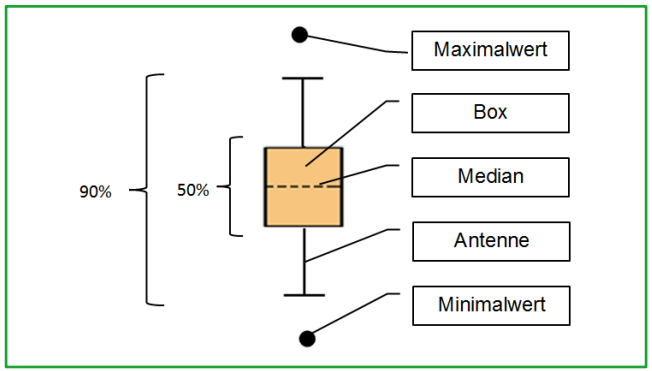
Funnel Plots:

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



Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in das Jahr **2019** 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.

Zum Inhaltsverzeichnis

Stand des Zertifizierungssystems für Speiseröhrenkrebszentren 2020

	31.12.2020
Laufende Verfahren	3
Zertifizierte Zentren	24
Zertifizierte Standorte	25

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2020
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	20

Primärfälle gesamt*	1134
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	56,7
Primärfälle pro Standort (Median)*	46,5

* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

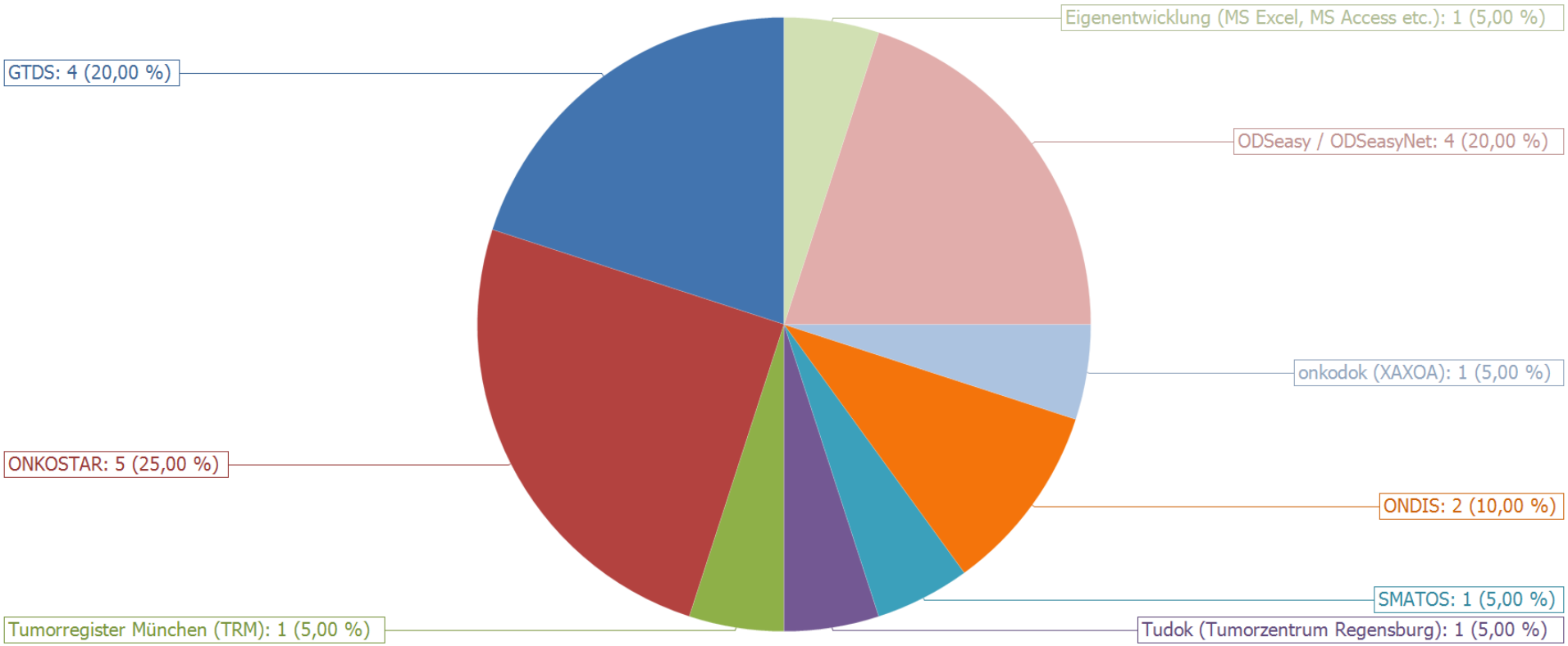
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Speiseröhrenkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 20 der 25 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 5 Standorte, die im Jahr 2020 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend).

In 25 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 1346 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de abgebildet.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2019. Sie stellen für die in 2020 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

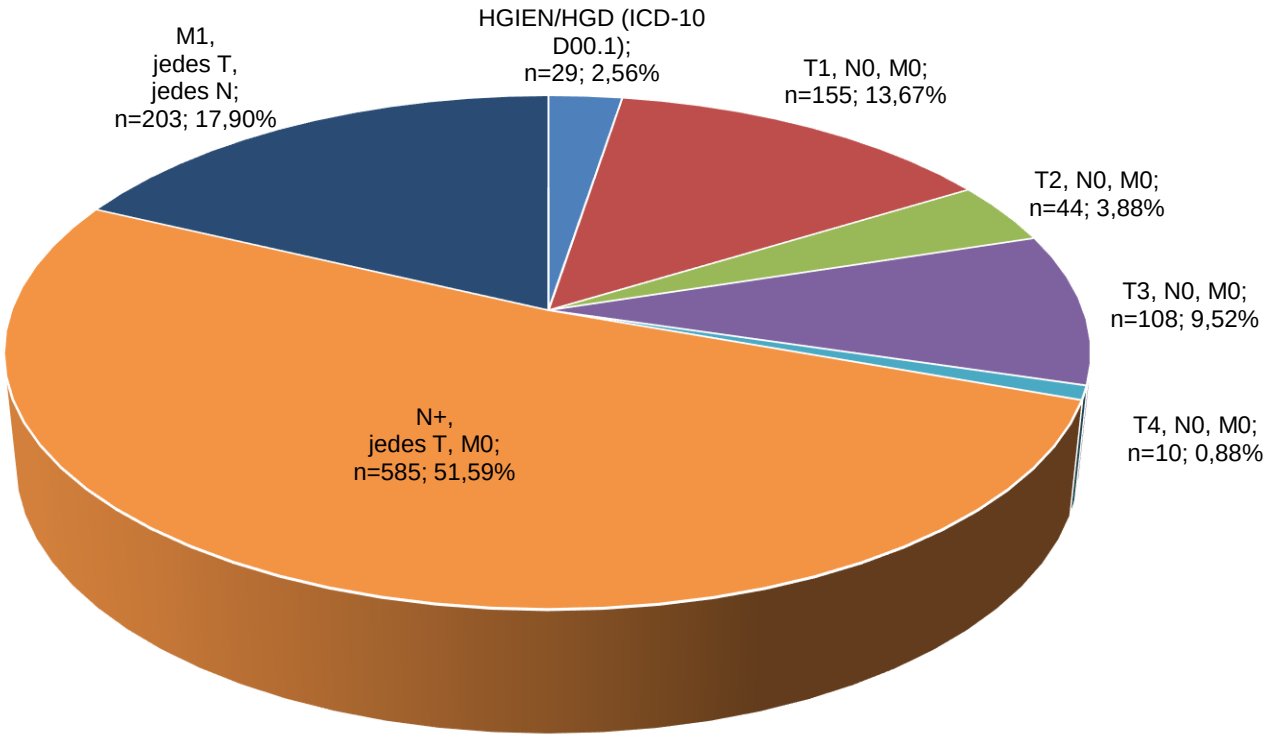
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



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

Zum Inhaltsverzeichnis

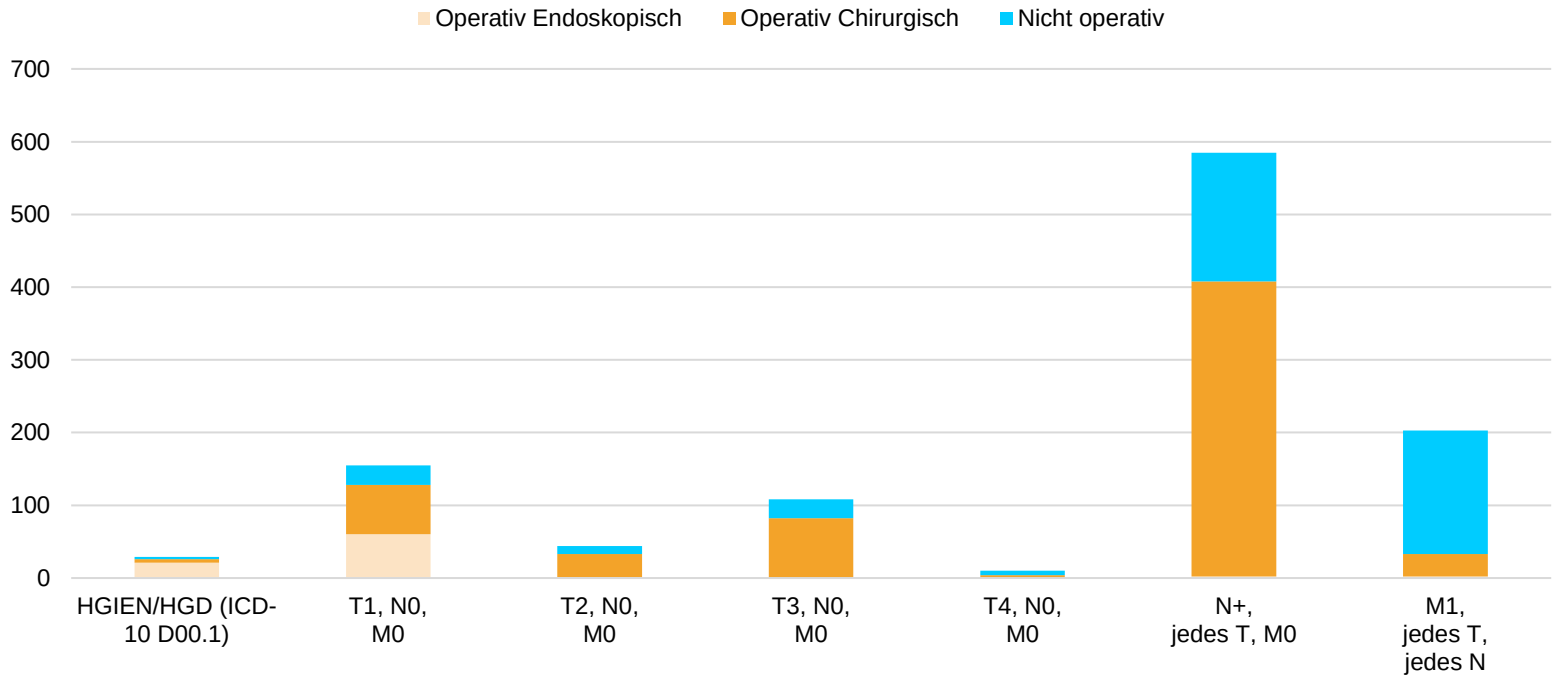
Basisdaten - Primärfälle



	HGIEN/HGD (ICD-10 D00.1)	T1, N0, M0	T2, N0, M0	T3, N0, M0	T4, N0, M0	N+, jedes T, M0	M1, jedes T, jedes N	Gesamt
Primärfälle	29 (2,56%)	155 (13,67%)	44 (3,88%)	108 (9,52%)	10 (0,88%)	585 (51,59%)	203 (17,90%)	1.134 (100%)

Zum Inhaltsverzeichnis

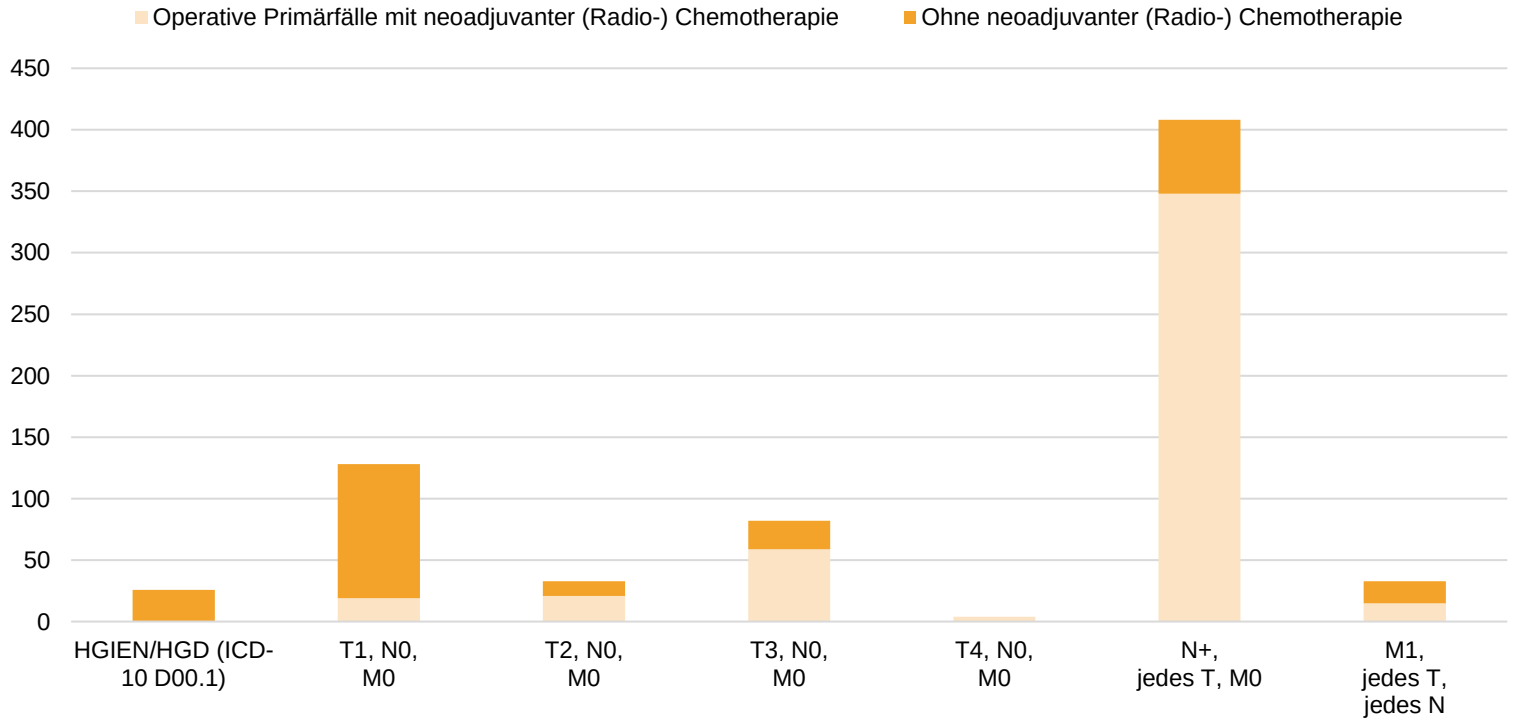
Basisdaten – Operative Primärfälle und nicht operative Primärfälle



	HGIEN/HGD (ICD-10 D00.1)	T1, N0, M0	T2, N0, M0	T3, N0, M0	T4, N0, M0	N+, jedes T, M0	M1, jedes T, jedes N	Gesamt
Operativ Endoskopisch	21 (24,42%)	60 (69,77%)	1 (1,16%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (2,33%)	2 (2,33%)	86 (100%)
Operativ Chirurgisch	5 (0,80%)	68 (10,83%)	32 (5,10%)	82 (13,06%)	4 (0,64%)	406 (64,65%)	31 (4,94%)	628 (100%)
Nicht operativ	3 (0,71%)	27 (6,43%)	11 (2,62%)	26 (6,19%)	6 (1,43%)	177 (42,14%)	170 (40,48%)	420 (100%)
Primärfälle Gesamt	29	155	44	108	10	585	203	1.134

Zum Inhaltsverzeichnis

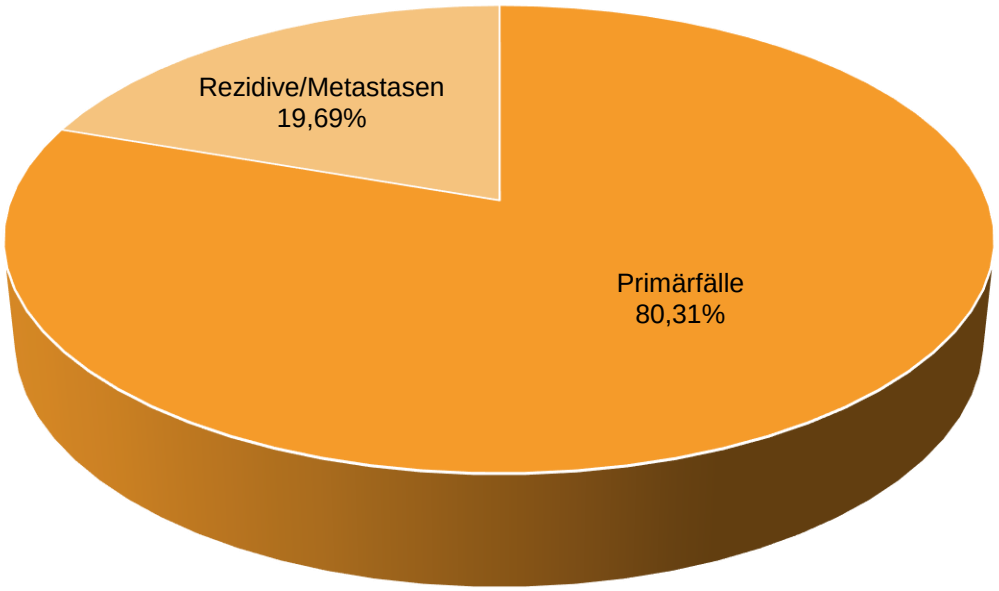
Basisdaten – Operative Primärfälle mit und ohne neoadjuvante Chemotherapie



	HGIEN/HGD (ICD-10 D00.1)	T1, N0, M0	T2, N0, M0	T3, N0, M0	T4, N0, M0	N+, jedes T, M0	M1, jedes T, jedes N	Gesamt
Operative Primärfälle (chirurgisch und endoskopisch) mit neoadjuvanter (Radio-) Chemotherapie	0 (0,00%)	19 (4,08%)	21 (4,51%)	59 (12,66%)	4 (0,86%)	348 (74,68%)	15 (3,22%)	466 (100%)
Ohne neoadjuvante (Radio-) Chemotherapie	26 (10,48%)	109 (43,95%)	12 (4,84%)	23 (9,27%)	0 (0,00%)	60 (24,19%)	18 (7,26%)	248 (100%)
Gesamt	26	128	33	82	4	408	33	714

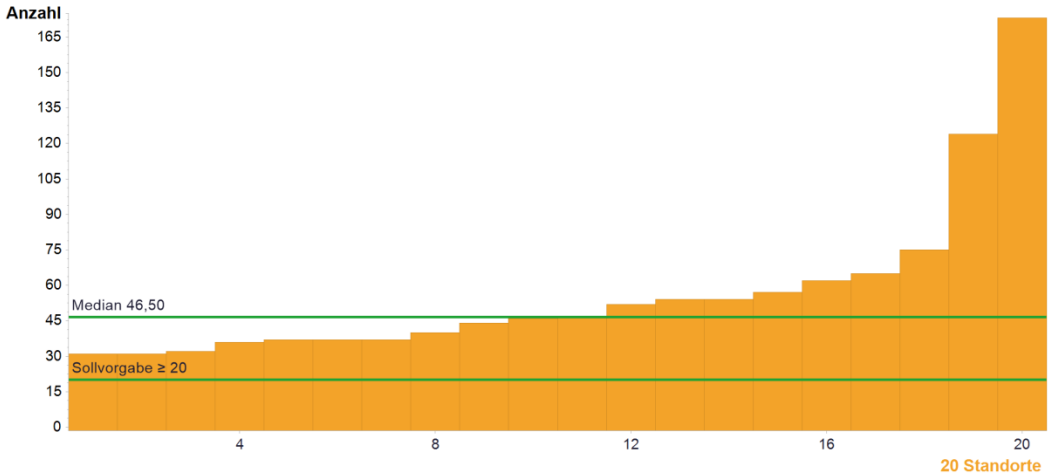
Zum Inhaltsverzeichnis

Basisdaten - Zentrumsfälle

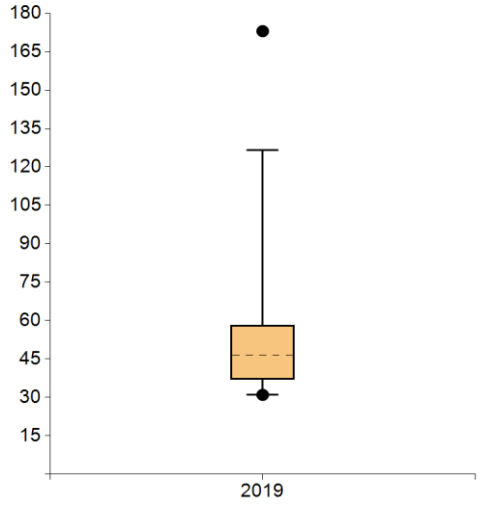


Primärfälle	Rezidive/Metastasen	Zentrumsfälle
1.134 (80,31%)	278 (19,69%)	1.412 (100%)

1a. Primärfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Primärfälle	46,5	31 - 173	1134
	Sollvorgabe ≥ 20			



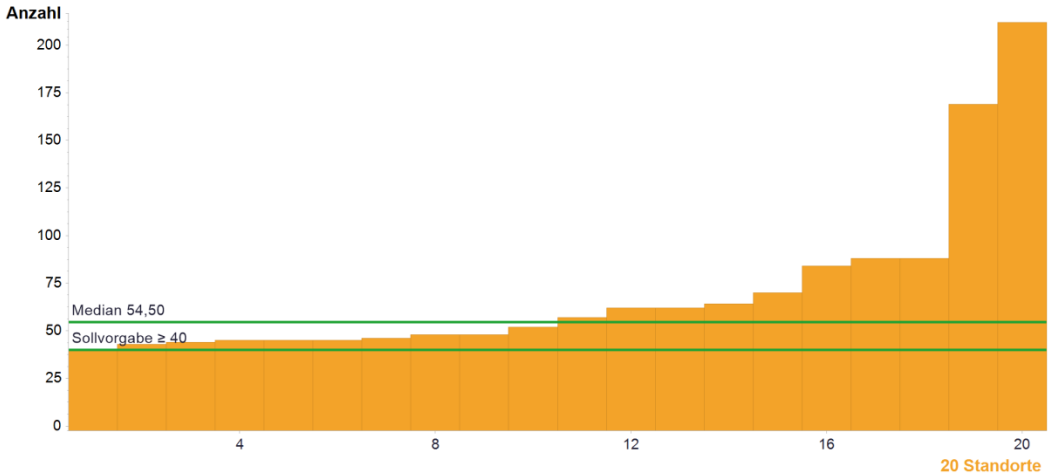
		2019
●	Max	173,00
	95. Perzentil	126,45
	75. Perzentil	58,25
	Median	46,50
	25. Perzentil	37,00
	5. Perzentil	31,00
●	Min	31,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	100,00%	20	100,00%

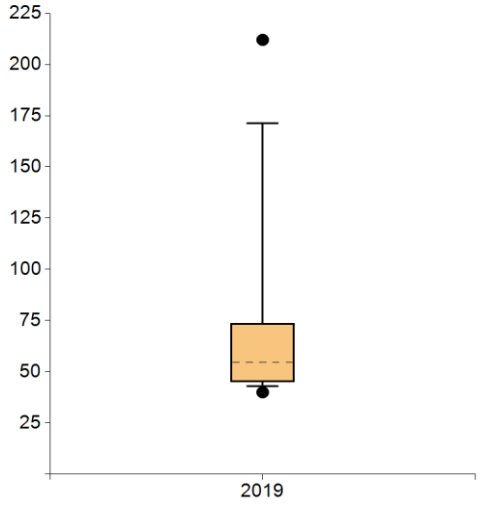
Anmerkungen:
Das Zertifizierungssystem für Speiseröhrenkrebs wurde 2018 implementiert. Die vorherigen Jahresberichte wurden nicht veröffentlicht, um die Anonymität der eingeschlossenen Zentren zu wahren. Auch wegen der eingeschränkten Aussagekraft bei einer geringen Datenbasis ist ein Vorjahresvergleich bei den Kennzahlen nicht sinnvoll.
2019 erreichten alle Zentren die Mindestvorgabe von 20 Primärfällen. Bei einem Median von 46,5 ist die Streuung der Werte groß.

Zum Inhaltsverzeichnis

1b. Zentrumsfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Zentrumsfälle	54,5	40 - 212	1412
	Sollvorgabe ≥ 40			



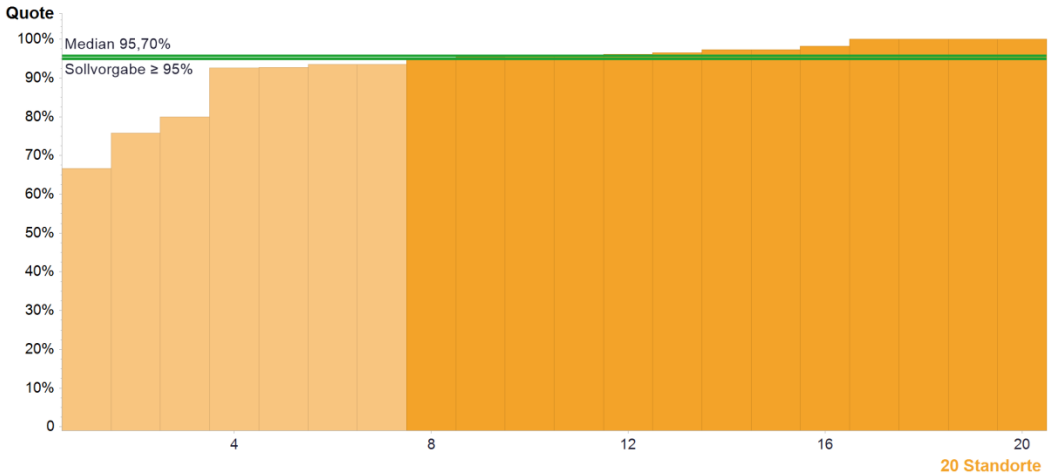
	2019
Max	212,00
95. Perzentil	171,15
75. Perzentil	73,50
Median	54,50
25. Perzentil	45,00
5. Perzentil	42,85
Min	40,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	100,00%	20	100,00%

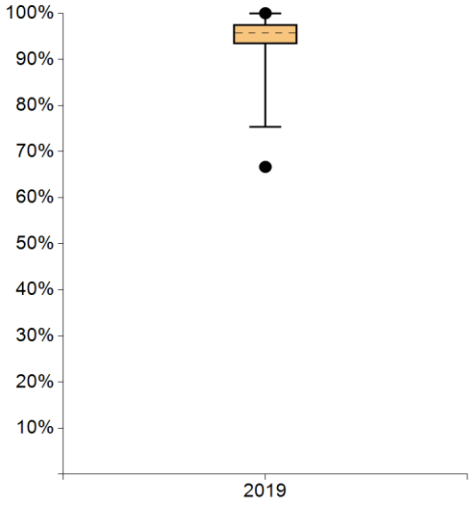
Anmerkungen:
Auch die Mindestvorgabe für die Zentrumsfälle, also Primärfälle + Rezidive + sekundäre Fernmetastasierungen, wird von allen Zentren erreicht, wenn auch von einem Zentrum nur knapp. Was die Streuung der Einzelwerte angeht, spiegeln sich die Beoabachtungen von Kennzahl 1a auch hier wider.

Zum Inhaltsverzeichnis

2. Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI 4)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die prätherapeutisch und nach abgeschlossenem Staging in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	44,5*	24 - 131	1032
Nenner	Primärfälle	46,5*	31 - 173	1134
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	95,70%	66,67% - 100%	91,01%**



	2019
Max	100%
95. Perzentil	100%
75. Perzentil	97,51%
Median	95,70%
25. Perzentil	93,35%
5. Perzentil	75,27%
Min	66,67%

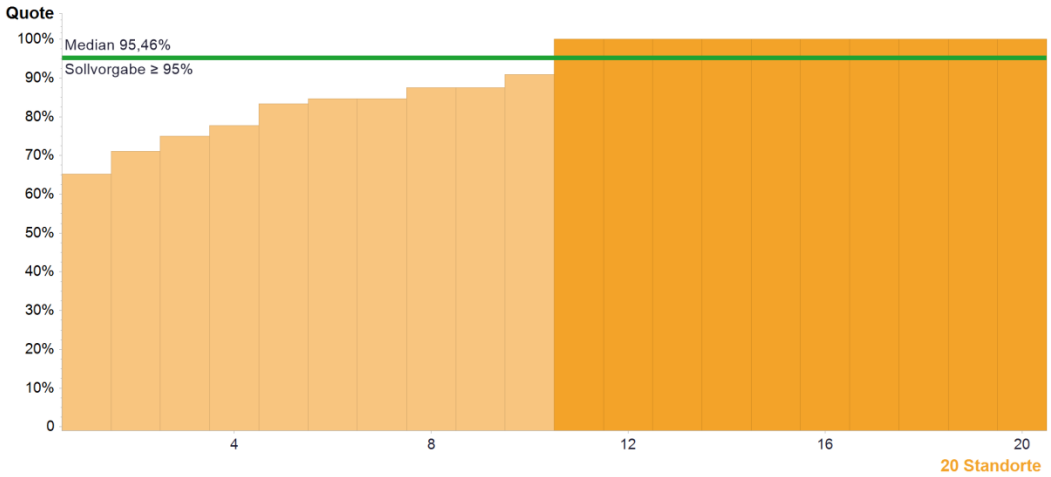
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	100,00%	13	65,00%

Anmerkungen:
Etwa zwei Dritteln der Zentren gelingt es, mindestens 95% der Primärfälle prätherapeutisch im Tumorboard vorzustellen. Gründe für geringere Quoten waren bereits extern erfolgte Vorstellungen und im Rahmen der Diagnostik erfolgte vollständige Tumorentfernung. Die Zentren sagten hierbei zu, sich künftig um eine systematische prätherapeutische Besprechung (auch extern bereits vorgestellter Patienten) zu bemühen, und veranstalteten zu diesem Zweck interdisziplinäre Schulungen und Qualitätszirkel.

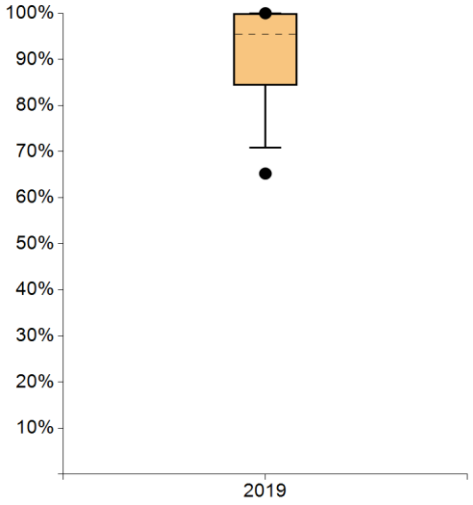
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

Zum Inhaltsverzeichnis

3. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	10*	2 - 33	239
Nenner	Patienten mit Rezidiv bzw. neuaufgetretenen Metastasen	10,5*	2 - 45	278
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	95,46%	65,22% - 100%	85,97%**



	2019
Max	100%
95. Perzentil	100%
75. Perzentil	100%
Median	95,46%
25. Perzentil	84,30%
5. Perzentil	70,82%
Min	65,22%

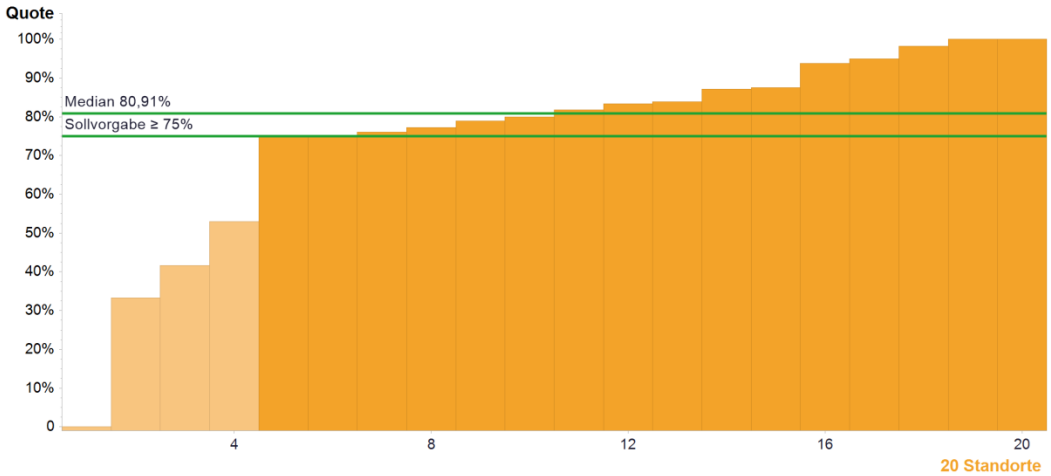
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	100,00%	10	50,00%

Anmerkungen:
Während eine Hälfte der Zentren alle Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretener Fernmetastasierung in der Tumorkonferenz vorgestellt haben, hat die andere Hälfte die Sollvorgabe von mindestens 95% verfehlt. Dies lag meist daran, dass die Patienten bereits extern vorbehandelt waren. Zudem wurden in einigen Fällen Patienten mit palliativer Therapieabsicht nicht vorgestellt. In den Audits wurde klargestellt, dass alle Patienten des Nenners vorzustellen sind. Hierzu wurden in vielen Fällen Qualitätszirkel organisiert.

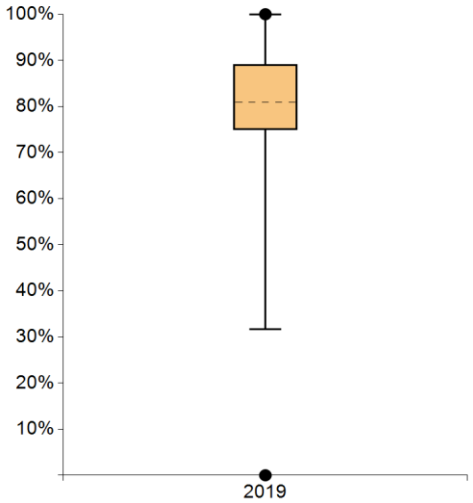
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

Zum Inhaltsverzeichnis

4. Vorstellung nach Abschluss der neoadjuvanten Chemotherapie/Radiochemotherapie



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der posttherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	15*	0 - 112	413
Nenner	Primärfälle mit Ösophaguskarzinom und abgeschlossener neoadjuvanter (Radio-) Chemotherapie	20*	9 - 114	521
Quote	Sollvorgabe ≥ 75%	80,91%	0,00% - 100%	79,27%**



	2019
Max	100%
95. Perzentil	100%
75. Perzentil	89,06%
Median	80,91%
25. Perzentil	75,00%
5. Perzentil	31,66%
Min	0,00%

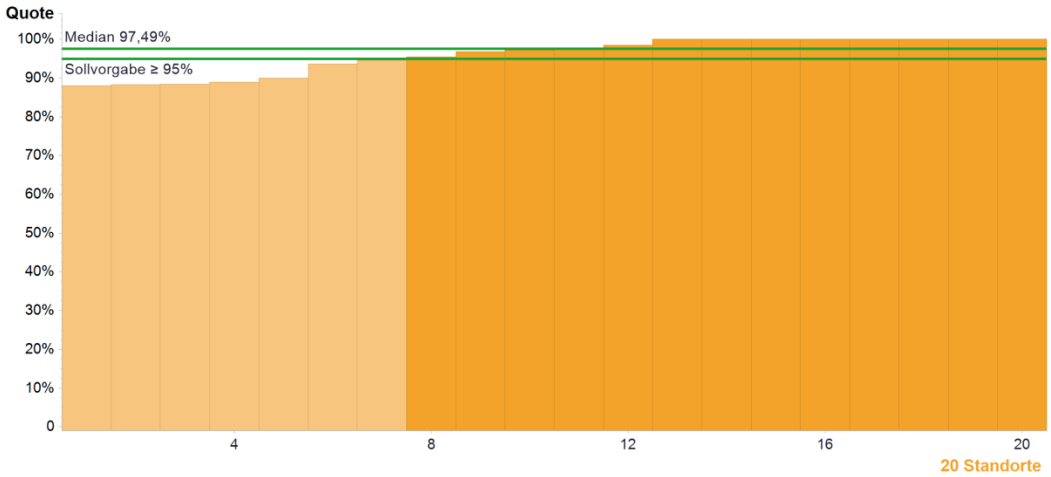
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	100,00%	16	80,00%

Anmerkungen:
16 von 20 Zentren ist es im Kennzahlenjahr 2019 gelungen, mindestens 75% der neoadjuvant behandelten Patienten in der posttherapeutischen Konferenz vorzustellen. Den 4 Zentren, die diese Sollvorgabe verfehlt haben, haben die Anforderung anders ausgelegt und beschränkten die Vorstellung auf Patienten mit eingeschränktem Therapieansprechen. Teilweise wurde die Vorstellung auch versäumt, Die Zentren legten intern fest, dass die Patienten des Nenners grundsätzlich vorzustellen sind, passten Abläufe an und schulten die Mitarbeiter.

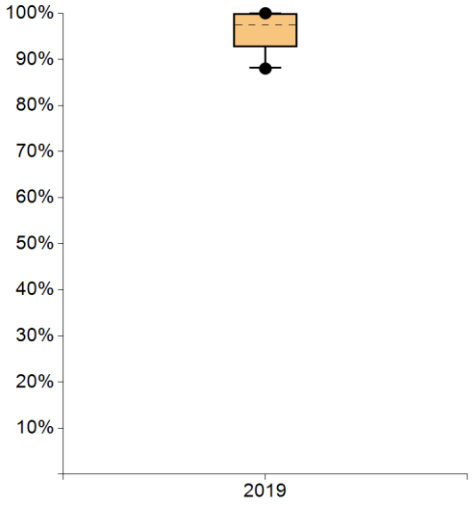
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

Zum Inhaltsverzeichnis

5. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	25*	15 - 136	686
Nenner	Operative Primärfälle (endoskopisch und chirurgisch)	25*	17 - 139	714
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,49%	88,00% - 100%	96,08%**



	2019
Max	100%
95. Perzentil	100%
75. Perzentil	100%
Median	97,49%
25. Perzentil	92,72%
5. Perzentil	88,23%
Min	88,00%

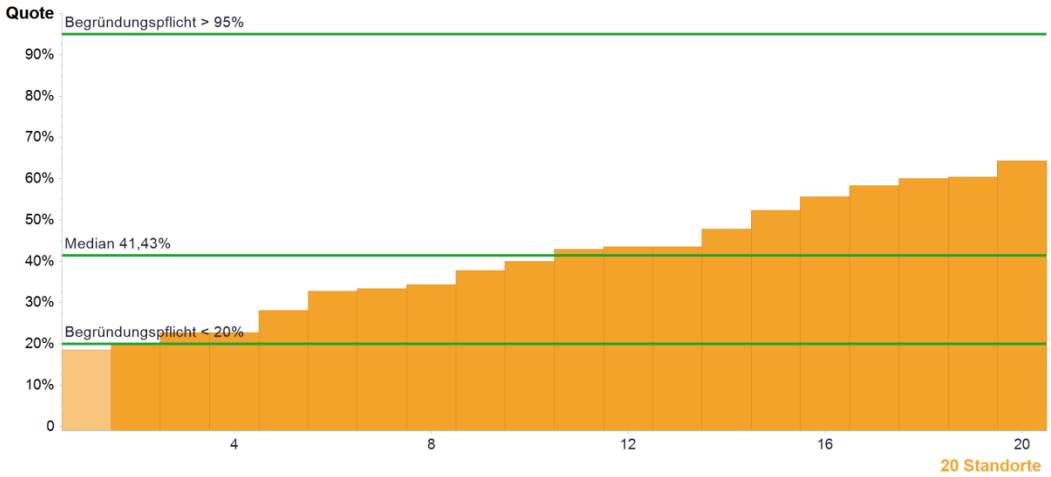
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	100,00%	13	65,00%

Anmerkungen:
Während 8 Zentren alle operative Primärfälle postoperativ in der Tumorkonferenz vorgestellt haben, verfehlen 7 Zentren die Sollvorgabe von 95% knapp. Meist war der Grund für die fehlende Vorstellung, dass Patienten vor dem Termin der Tumorkonferenz verstorben waren. Teilweise unterblieb die Vorstellung bei HGIEN-Fällen und bei Direktverlegung auf die Intensivstation (ohne Möglichkeit einer weiteren onkologischen Therapie). Hier betonten die Auditoren die Notwendigkeit einer konsequenten Vorstellung und sprachen in einem Fall einen Hinweis aus.

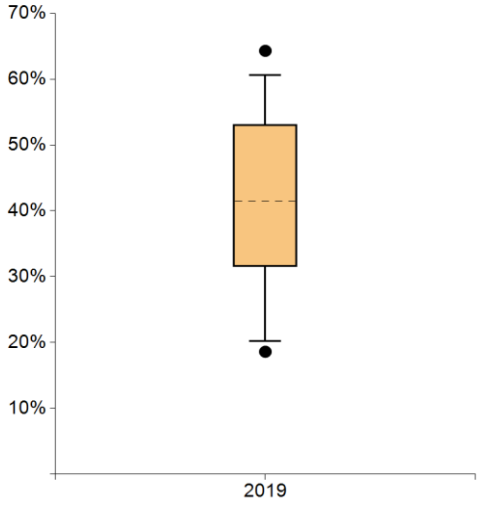
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

Zum Inhaltsverzeichnis

6. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	26*	8 - 58	538
Nenner	Primärfälle + Patienten mit Rezidiv bzw. neuaufgetretenen Metastasen	54,5*	40 - 212	1412
Quote	Begründungspflicht*** <20% und >95%	41,43%	18,60% - 64,29%	38,10%**



	2019
Max	64,29%
95. Perzentil	60,61%
75. Perzentil	53,09%
Median	41,43%
25. Perzentil	31,55%
5. Perzentil	20,20%
Min	18,60%

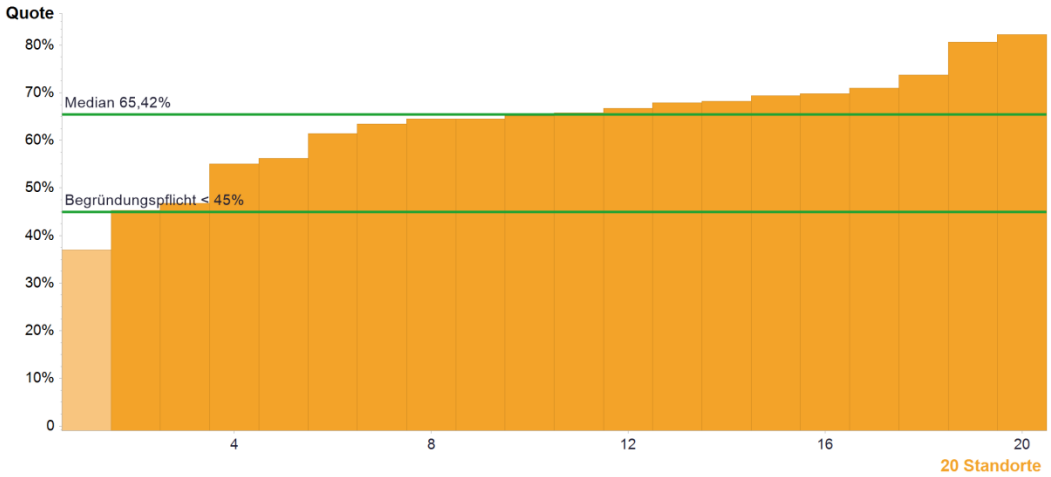
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	100,00%	19	95,00%

Anmerkungen:
Lediglich ein Zentrum bewegt sich knapp außerhalb des Plausibilitätskorridors und wurde um eine Begründung für die psychoonkologische Betreuungsquote von unter 20% gebeten. Das Zentrum gab an, den Patienten konsequent ein Angebot zur psychoonkologischen Betreuung zu unterbreiten.

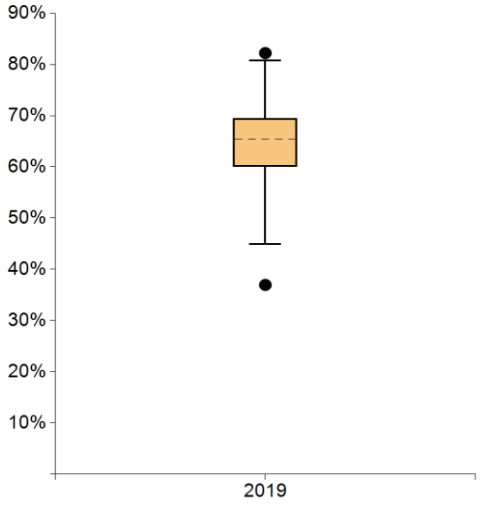
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.
*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

Zum Inhaltsverzeichnis

7. Beratung Sozialdienst



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	32,5*	17 - 171	935
Nenner	Primärfälle + Patienten mit Rezidiv bzw. neuaufgetretenen Metastasen	54,5*	40 - 212	1412
Quote	Begründungspflicht*** <45%	65,42%	36,96% - 82,22%	66,22%**



	2019
Max	82,22%
95. Perzentil	80,74%
75. Perzentil	69,45%
Median	65,42%
25. Perzentil	60,08%
5. Perzentil	44,89%
Min	36,96%

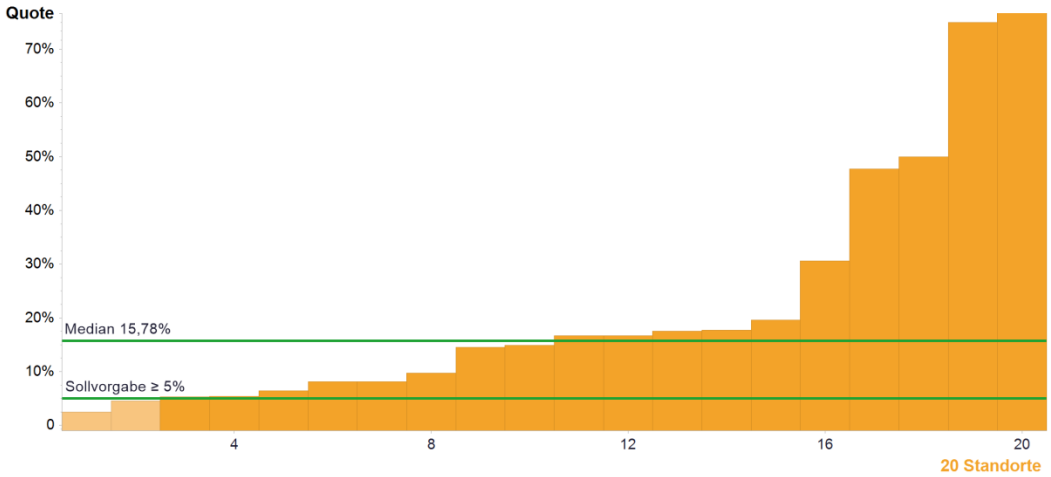
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	100,00%	19	95,00%

Anmerkungen:
Auch bei der Sozialberatung liegt ein Zentrum außerhalb des vorgegebenen Korridors, wobei es sich um ein anderes Zentrum handelt als jenes bei Kennzahl 6. Das Zentrum konnte keine spezifische Ursache für die Beratungsquote von knapp 37% feststellen.

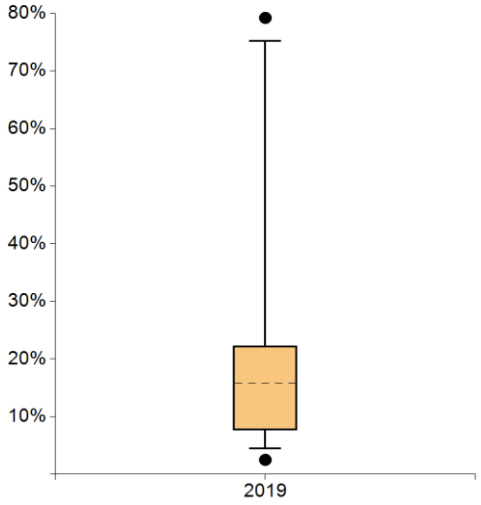
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.
*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

Zum Inhaltsverzeichnis

8. Anteil Studienpatienten



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten, die in eine Studie eingebracht wurden	9*	1 - 137	327
Nenner	Primärfälle	46,5*	31 - 173	1134
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	15,78%	2,50% - 79,19%	28,84%**



	2019
Max	79,19%
95. Perzentil	75,21%
75. Perzentil	22,32%
Median	15,78%
25. Perzentil	7,70%
5. Perzentil	4,45%
Min	2,50%

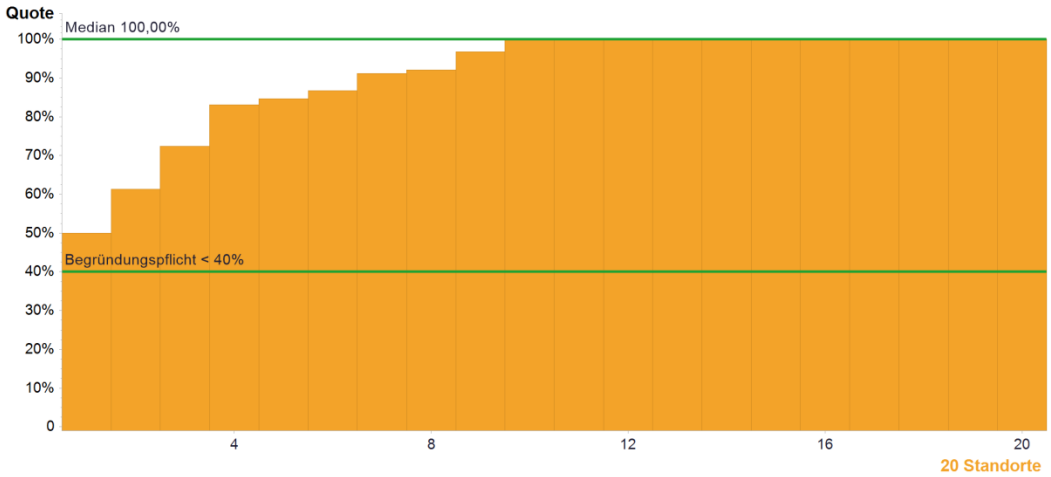
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	100,00%	18	90,00%

Anmerkungen:
18 von 20 Zentren erreichen die vorgegebene Zahl an Studieneinschlüssen von 5% der Primärfallzahl. Bei den beiden anderen Zentren wurde diese Marke aufgrund eines einzigen Patienten verfehlt. Als Gegenmaßnahme wurde die Rektrutierungsaktivität im Jahr 2020 verstärkt, die sich in einem Zentrum bereits zum Zeitpunkt des Audits in Form mehrerer Studieneinschlüsse auszahlten.

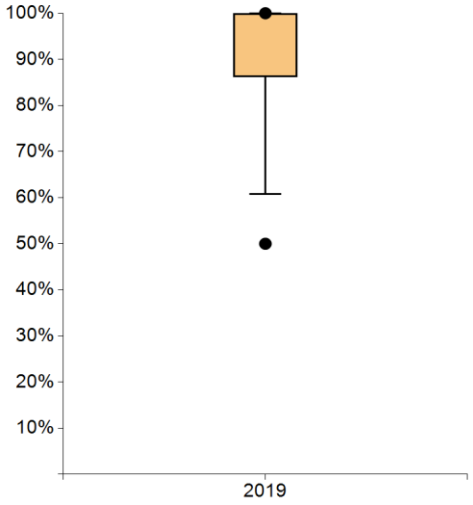
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

Zum Inhaltsverzeichnis

9. Inhalt Pathologiebericht Biopsie (LL QI 1)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit vollständige Befundbericht	30,5*	3 - 169	653
Nenner	Primärfälle mit Biopsie	32,5*	3 - 169	732
Quote	Begründungspflicht*** <40%	100%	50,00% - 100%	89,21%**



	2019
Max	100%
95. Perzentil	100%
75. Perzentil	100%
Median	100%
25. Perzentil	86,16%
5. Perzentil	60,73%
Min	50,00%

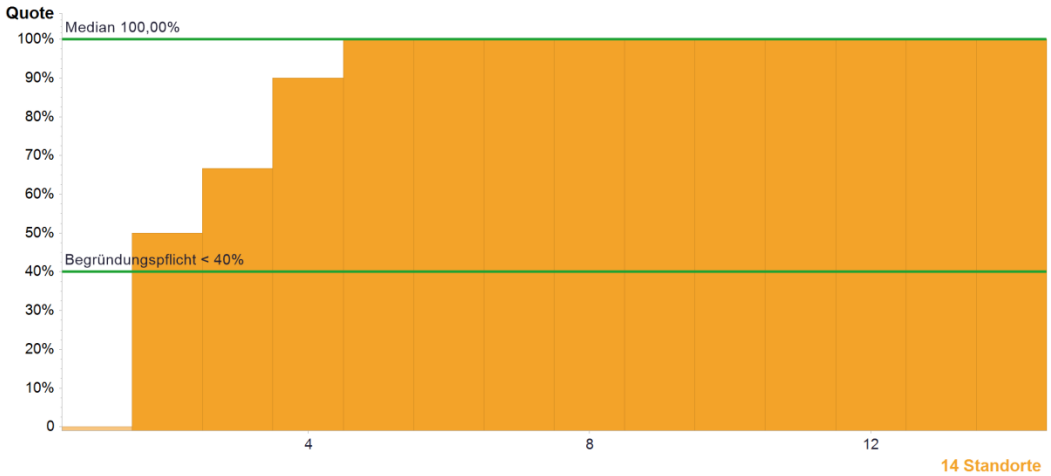
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	100,00%	20	100,00%

Anmerkungen:
Dieser Leitlinienindikator, der vollständige Befundberichte nach Biopsie misst, wird sehr gut von den Zentren umgesetzt. Alle bewegen sich innerhalb des vorgegebenen Korridors. 11 der 20 Zentren konnten durchgehend vollständige Befundberichte vorweisen, 14 in mindestens 90%.

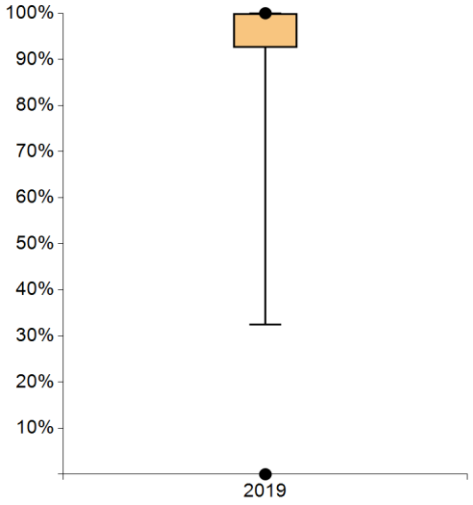
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.
*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

Zum Inhaltsverzeichnis

10. Inhalt Pathologiebericht lokale Exzidate (LL QI 2)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundbericht mit Angabe • Art der neoplastischen Läsion • WHO-Klassifikation • Grading • Lymphgefäß- u/o Veneninvasion • Tiefe (Invasionstiefe) • von zirkulärem und basalem Resektionsrand	5,5*	0 - 18	81
Nenner	Operative Primärfälle mit endoskopischer OP	5,5*	1 - 20	86
Quote	Begründungspflicht*** <40%	100%	0,00% - 100%	94,19%**



	2019
Max	100%
95. Perzentil	100%
75. Perzentil	100%
Median	100%
25. Perzentil	92,50%
5. Perzentil	32,50%
Min	0,00%

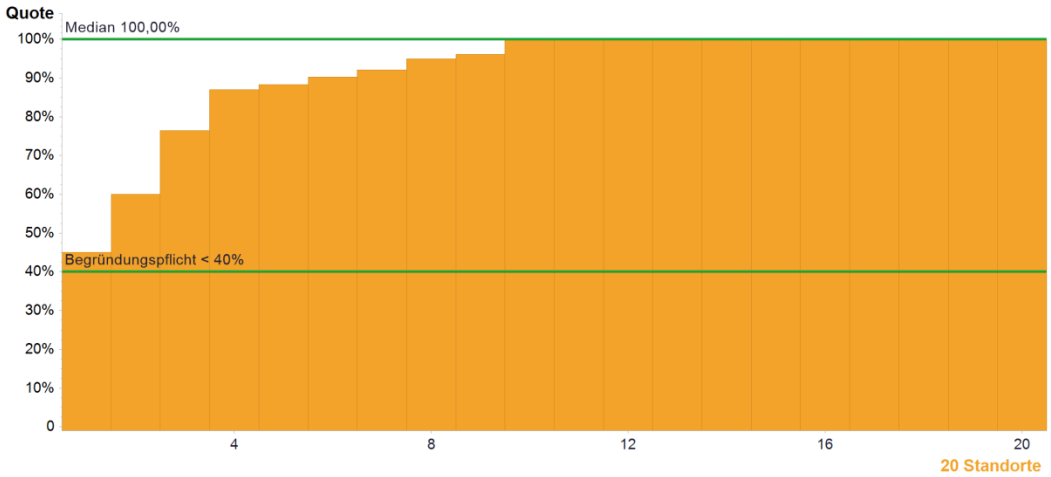
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
14	70,00%	13	92,86%

Anmerkungen:
Bei den Befundberichten für Primärfälle mit endoskopischer Therapie liegt nur ein Zentrum unterhalb der Plausibilitätsgrenze von 40%. Das Zentrum hatte lediglich einen Patienten im Nenner und bei diesem waren keine malignen Zellen im Präparat nachweisbar, weil der Tumor im Rahmen der Primärbiopsie entfernt worden war. 6 der 20 Zentren hatten keinen Patienten im Nenner und gingen somit nicht in die Auswertung ein. 10 Zentren haben 100% erreicht.

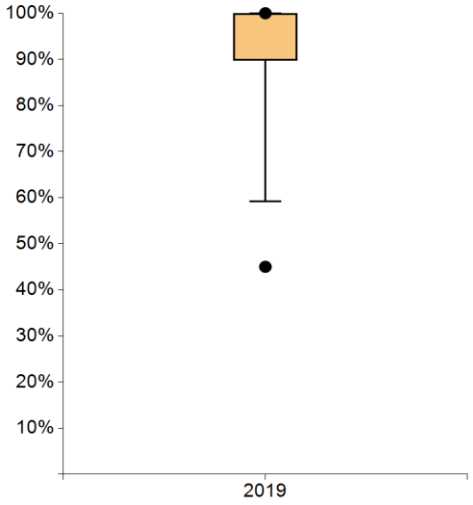
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.
*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

Zum Inhaltsverzeichnis

11. Inhalt Pathologiebericht OP-Resektat (LL QI 3)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundbericht mit Angabe • Größe der neoplastischen Läsion • Art der neoplastischen Läsion • WHO-Klassifikation • Grading, • pT, pN, Ratio LK, L, V, R-Status (TNM)	22,5*	9 - 136	591
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer OP (elektiv und Notfall)	23*	14 - 136	628
Quote	Begründungspflicht*** <40%	100%	45,00% - 100%	94,11%**



	2019
Max	100%
95. Perzentil	100%
75. Perzentil	100%
Median	100%
25. Perzentil	89,74%
5. Perzentil	59,25%
Min	45,00%

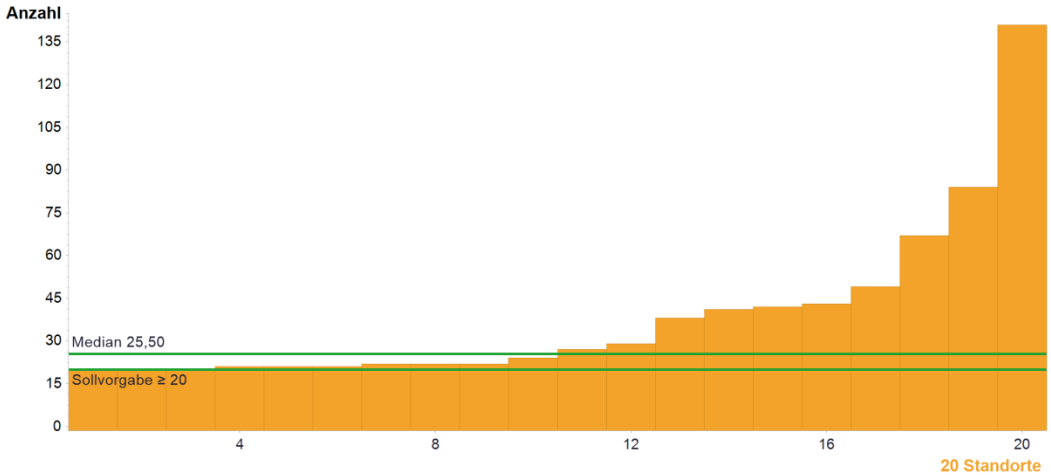
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	100,00%	20	100,00%

Anmerkungen:
Bei den Quoten vollständiger Befundberichte bei chirurgischer OP liegen alle Zentren innerhalb des Plausibilitätskorridors. 11 der 20 Zentren legten durchgehend vollständige Befundberichte vor, 15 Zentren in mindestens 90% der Fälle.

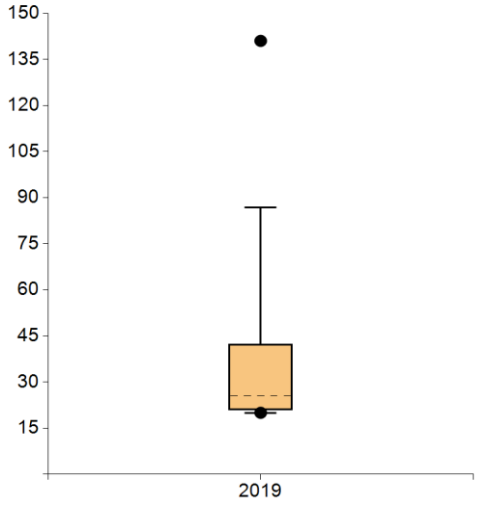
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.
*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

Zum Inhaltsverzeichnis

12. Operative chirurgische Expertise



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Operative chirurgische Expertise	25,5	20 - 141	774
	Sollvorgabe ≥ 20			



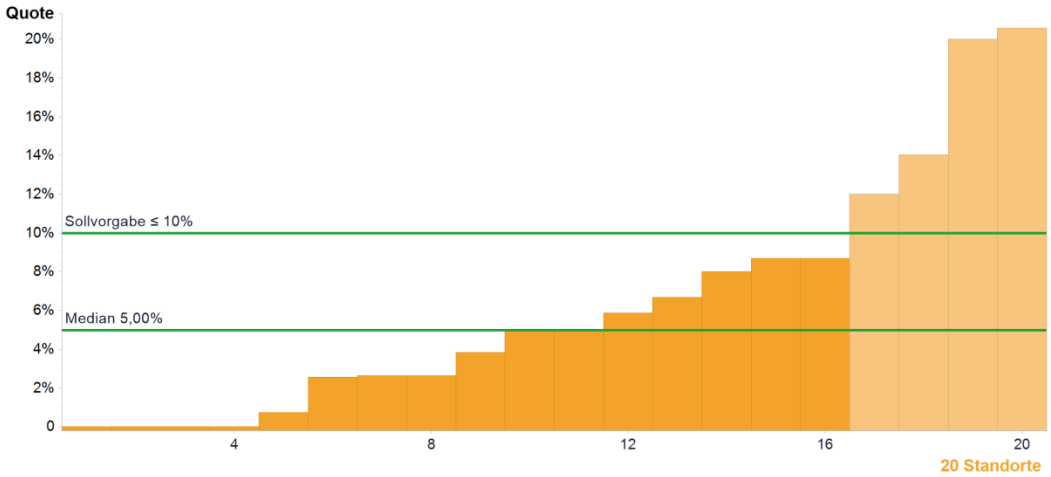
	2019
Max	141,00
95. Perzentil	86,85
75. Perzentil	42,25
Median	25,50
25. Perzentil	21,00
5. Perzentil	20,00
Min	20,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	100,00%	20	100,00%

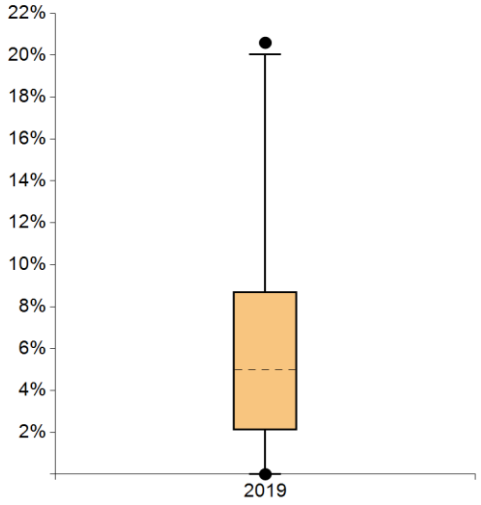
Anmerkungen:
Alle Zentren erreichen die Mindestvorgabe von mindestens 20 Ösophagusresektionen pro Jahr. 3 Zentren haben diese Vorgabe mit genau 20 Eingriffen knapp erreicht. Die Streuung ist auch bei dieser Kennzahl recht groß. Bei einem Median von 25,5 Eingriffen erreicht das größte Zentrum 141 Eingriffe.

Zum Inhaltsverzeichnis

13. Revisions-OP's



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners mit Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30d nach OP	1*	0 - 8	36
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	23*	14 - 136	623
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	5,00%	0,00% - 20,59%	5,78%**



	2019
Max	20,59%
95. Perzentil	20,03%
75. Perzentil	8,70%
Median	5,00%
25. Perzentil	2,11%
5. Perzentil	0,00%
Min	0,00%

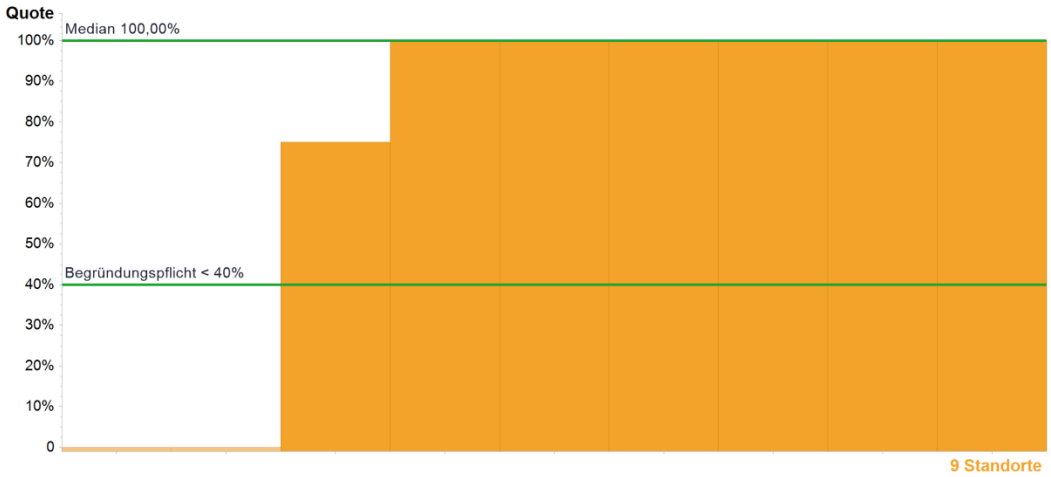
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	100,00%	16	80,00%

Anmerkungen:
Bzgl. der Revisionsraten ist ein sehr gemischtes Bild zu beobachten: während 4 Zentren keinen Revisionseingriff durchführen mussten, lagen 4 weitere Zentren über der Sollvorgabe von maximal 10%. Verschiedene Ursachen wurden hierfür angegeben, z.B. multimorbide Patienten, Anasomoseninsuffiizienzen, Ischämien/Nekrose im Bereich der Anastomose und Nachblutungen. Ein Zentrum vereinbarte daraufhin Hospitationstermine. Bei den anderen Zentren konnten kein systematischer Fehler identifiziert werden.

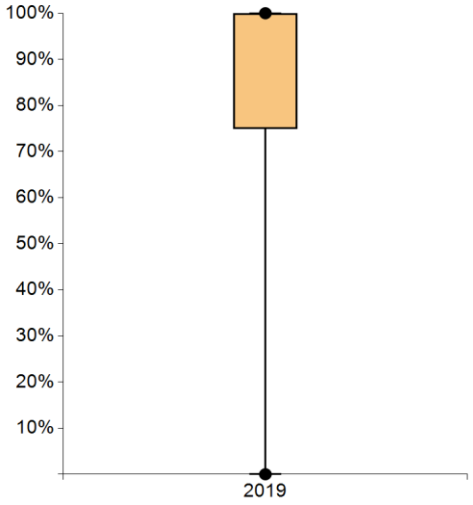
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

Zum Inhaltsverzeichnis

14. Endoskopische R0-Resektion (QI 5 LL)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit endoskopischer R0-Resektion (nach Abschluss operative Therapie)	2*	0 - 5	17
Nenner	Operative Primärfälle mit HGIEN/HGD und ESD (Endoskopische Submukosadissektion OPS: 5-422.24)	2*	1 - 5	21
Quote	Begründungspflicht*** <40%	100%	0,00% - 100%	80,95%**



	2019
Max	100%
95. Perzentil	100%
75. Perzentil	100%
Median	100%
25. Perzentil	75,00%
5. Perzentil	0,00%
Min	0,00%

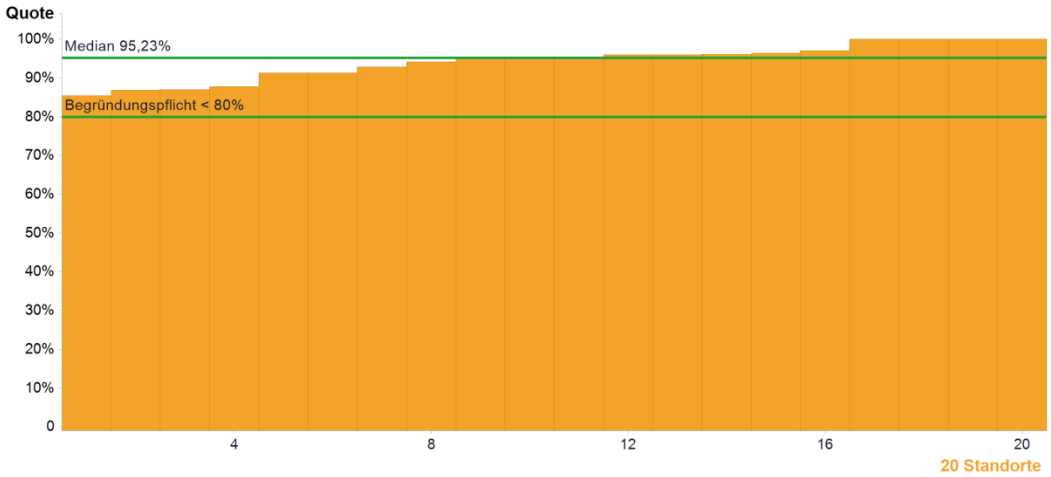
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
9	45,00%	7	77,78%

Anmerkungen:
Lediglichh 9 der 20 Zentren haben im Kennzahlenjahr bei mind. 1 Patienten eine ESD durchgeführt. Aufgrund der kleinen Zahlen im Nenner ist die Streuung sehr groß. Während 6 Zentren bei allen Patienten R0-Resektionen durchführen konnten, konnten 2 Zentren bei ihren 1 bzw. 2 Patienten keine R0-Resektion erreichen. Eines der Zentren plante zum Zeitpunkt des Audits, eine interne Schulung mit den resezierenden Endoskopikern, um die Ergebnisse zu verbessern.

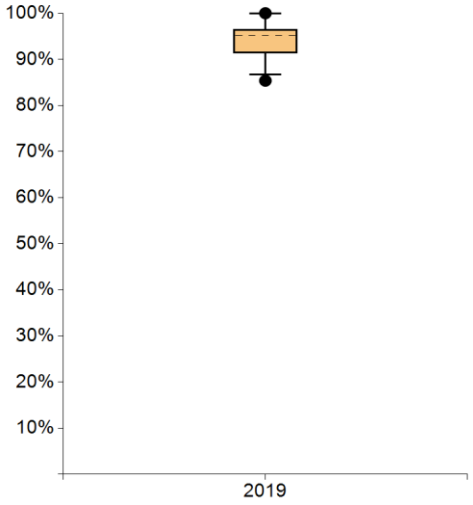
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.
*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

Zum Inhaltsverzeichnis

15. Chirurgische R0-Resektion (LL QI 6)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit chirurgischer R0-Resektion	21*	13 - 131	588
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer OP (elektiv und Notfall)	23*	14 - 136	628
Quote	Begründungspflicht*** <80%	95,23%	85,37% - 100%	93,63%**



	2019
Max	100%
95. Perzentil	100%
75. Perzentil	96,51%
Median	95,23%
25. Perzentil	91,28%
5. Perzentil	86,77%
Min	85,37%

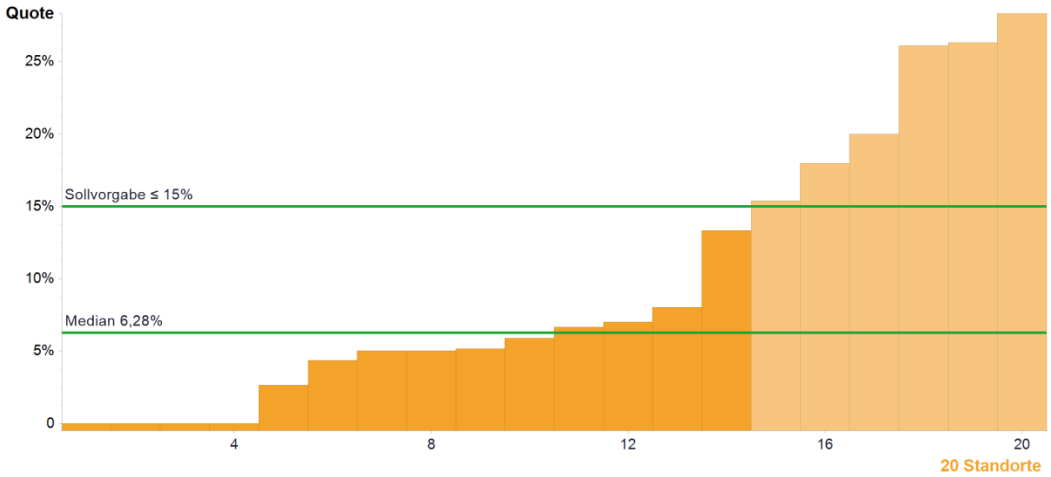
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	100,00%	20	100,00%

Anmerkungen:
Bei der R0-Rate bei chirurgischer OP sind die Zahlen im Nenner im Vergleich zu Kennzahl 14 größer, sodass einzelne Patienten ohne R0-Resektion weniger ins Gewicht fallen. Dieser Indikator der Leitlinie wird von den Zentren sehr gut umgesetzt. Alle liegen bei einer R0-Rate von über 85%. 4 Zentren haben bei allen Eingriffen eine R0-Situation erreicht.

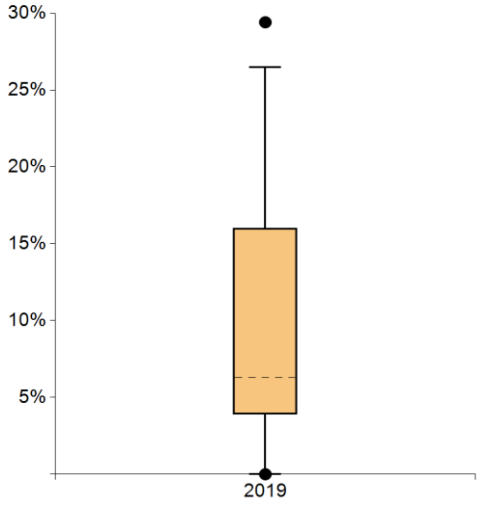
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.
*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

Zum Inhaltsverzeichnis

16. Anastomoseninsuffizienz (LL QI 10)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Re-Intervention aufgrund einer Anastomoseninsuffizienz	1,5*	0 - 10	63
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	23*	14 - 136	623
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	6,28%	0,00% - 29,41%	10,11%**



	2019
Max	29,41%
95. Perzentil	26,47%
75. Perzentil	16,02%
Median	6,28%
25. Perzentil	3,92%
5. Perzentil	0,00%
Min	0,00%

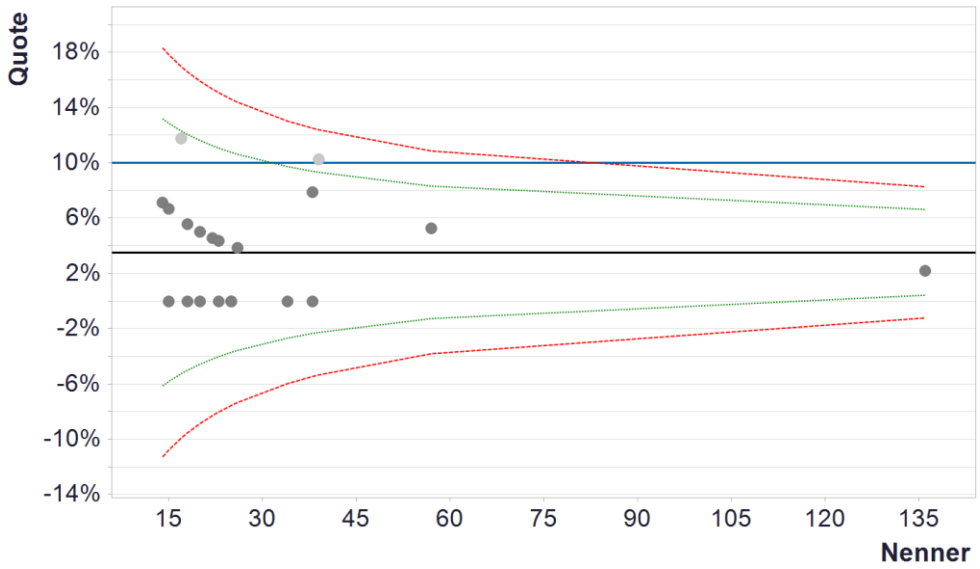
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	100,00%	14	70,00%

Anmerkungen:
14 Zentren erreichen die Sollvorgabe, indem bei weniger als 15% der chirurgischen Eingriffe Anastomoseninsuffizienzen auftraten. Die 6 Zentren mit höheren Quoten machten hierfür Insuffizienzen der Klammernaht, die Einführung von Robotereingriffen oder die Einarbeitung neuer Operateure verantwortlich. Sofern systematische Fehler vermutet wurden, führten die Zentren Hospitationen bzw. M&M-Konferenzen durch. Eines der Zentren wollte die Eingriffe künftig nur mit einem zweiten erfahrenen Operateur durchführen.

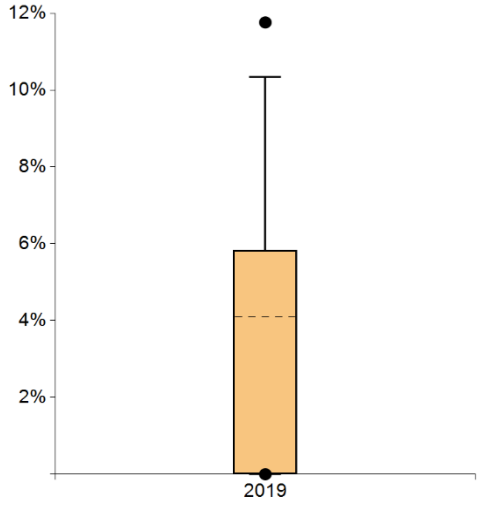
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

Zum Inhaltsverzeichnis

17. Mortalität postoperativ (LL QI 11.1)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die postoperativ innerhalb von 30 d verstorben sind	1*	0 - 4	22
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	23*	14 - 136	623
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	4,10%	0,00% - 11,76%	3,53%**



	2019
Max	11,76%
95. Perzentil	10,34%
75. Perzentil	5,84%
Median	4,10%
25. Perzentil	0,00%
5. Perzentil	0,00%
Min	0,00%

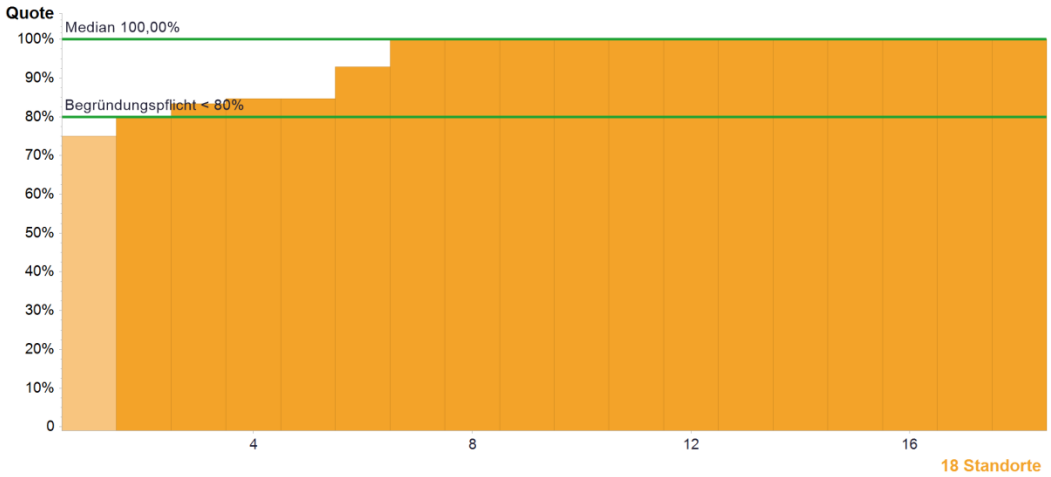
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	100,00%	18	90,00%

Anmerkungen:
Bei einem Median von 4,1% verfehlen lediglich 2 Zentren knapp die Sollvorgabe von maximal 10% bei der postoperativen Mortalität. Ausschlaggebend war jeweils ein einziger Todesfall. Die Zentren verwiesen durchweg auf postoperative Komplikationen wie Sepsis oder eine nicht stillbare mesenteriale Blutung. Die Fälle wurden in M&M-Konferenzen besprochen, es ließ sich dabei kein systematisches Problem identifizieren.

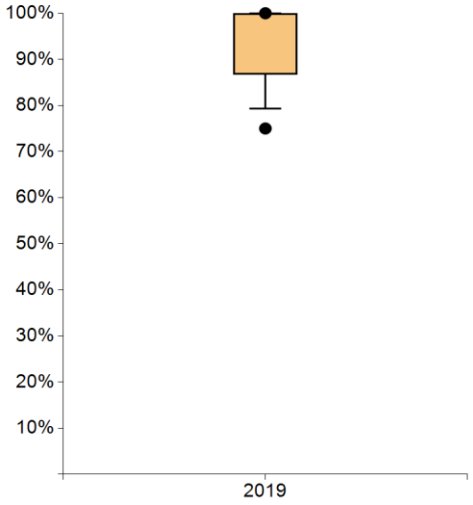
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

Zum Inhaltsverzeichnis

18. Präoperative Radiochemotherapie bei cT3/cT4-Plattenepithelkarzinom (LL QI 7)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit präoperativer Radiochemotherapie	4*	1 - 13	80
Nenner	Operative Primärfälle mit cT3/cT4-Plattenepithelkarzinom des Ösophagus und chirurgischer OP	4*	1 - 14	88
Quote	Begründungspflicht*** <80%	100%	75,00% - 100%	90,91%**



	2019
Max	100%
95. Perzentil	100%
75. Perzentil	100%
Median	100%
25. Perzentil	86,68%
5. Perzentil	79,25%
Min	75,00%

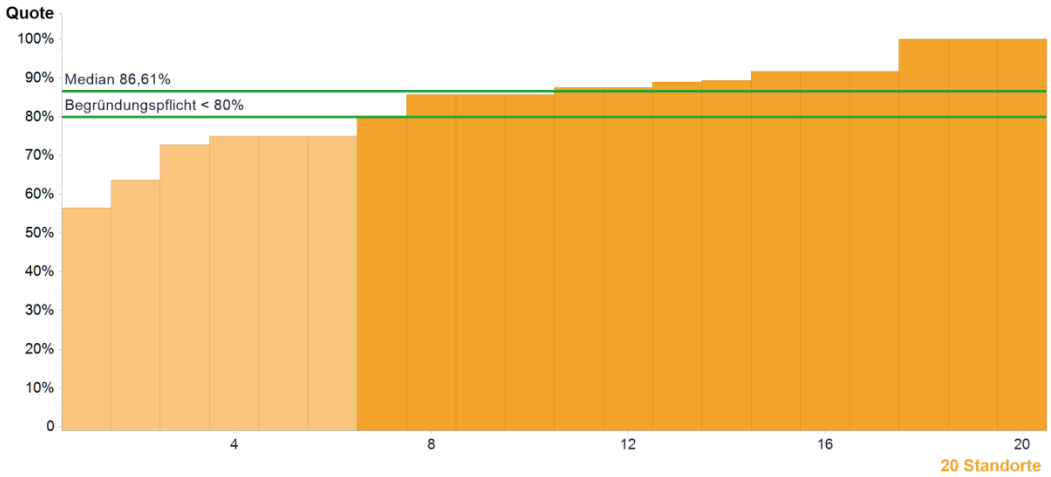
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
18	90,00%	17	94,44%

Anmerkungen:
Dieser Indikator der Leitlinie wird sehr gut in den Zentren umgesetzt. Lediglich ein Zentrum war im Audit begründungspflichtig, weil es unter einer Rate von 80% bei der neoadjuvanten Radiochemotherapie lag. Ausschlaggebend war hier, dass einer von 4 Patienten im Nenner die Radiochemotherapie abgelehnt hatte.

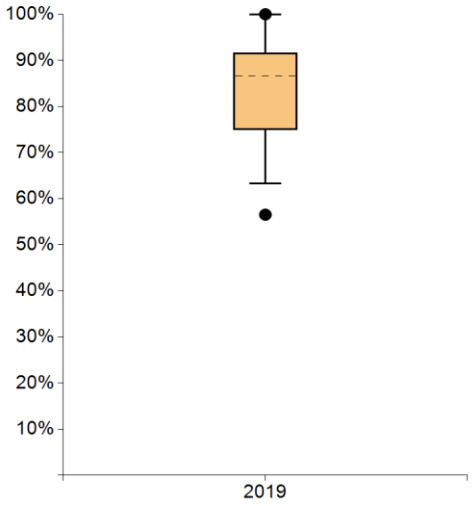
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.
*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

Zum Inhaltsverzeichnis

19. Perioperative Chemotherapie oder präoperative Radiochemotherapie bei Adenokarzinom (LL QI 8)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit prä- und postoperativer Chemotherapie oder präoperativer Radiochemotherapie	10*	2 - 39	240
Nenner	Operative Primärfälle mit cT3/cT4 Adenokarzinom des Ösophagus und chirurgischer OP	12*	2 - 69	305
Quote	Begründungspflicht*** <80%	86,61%	56,52% - 100%	78,69%**



	2019
Max	100%
95. Perzentil	100%
75. Perzentil	91,67%
Median	86,61%
25. Perzentil	75,00%
5. Perzentil	63,28%
Min	56,52%

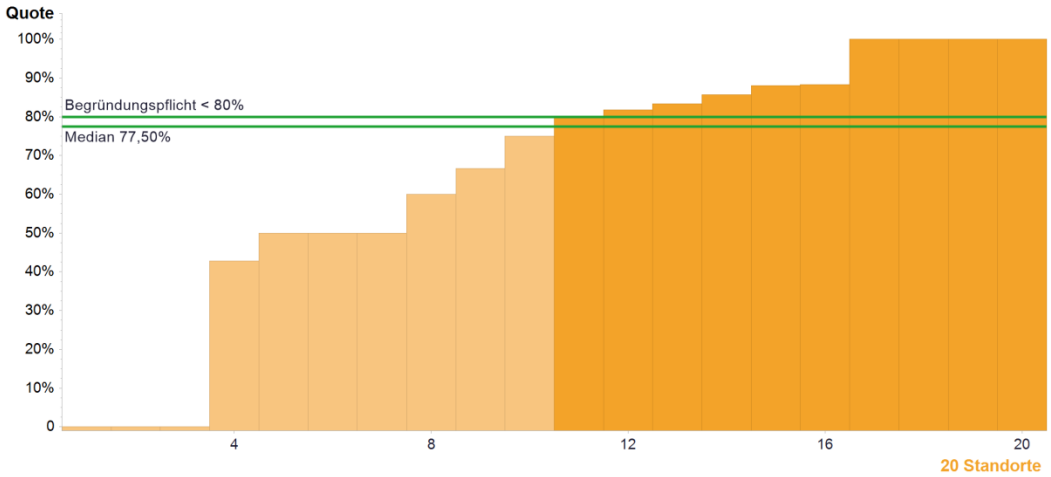
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	100,00%	14	70,00%

Anmerkungen:
Dieser Leitlinienindikator wird von 14 der 20 Zentren erfüllt. 6 Zentren liegen unter 80%, haben also bei entsprechend weniger der cT3/cT4-OPs von Adenokarzinomen eine prä- und postoperative Chemo- bzw. präoperative Radiochemotherapie verabreicht. Die Begründungen (u.a. Ablehnung durch Patienten, heimatnahe postoperative Therapie, postoperativ verstorben, abweichende Therapieempfehlung wegen Multimorbidität bzw. Perforation) ließen sich in den Audits plausibilisieren.

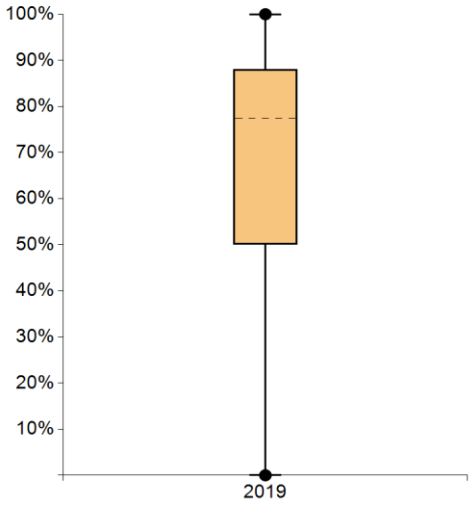
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.
*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

Zum Inhaltsverzeichnis

20. First-Line Chemotherapie bei metastasiertem Adenokarzinom (LL QI 9)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit systemischer Chemotherapie (Erstlinie)	4*	0 - 22	111
Nenner	Primärfälle mit metastasiertem Adenokarzinom des Ösophagus	6*	1 - 25	141
Quote	Begründungspflicht*** <80%	77,50%	0,00% - 100%	78,72%**



	2019
Max	100%
95. Perzentil	100%
75. Perzentil	88,06%
Median	77,50%
25. Perzentil	50,00%
5. Perzentil	0,00%
Min	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	100,00%	10	50,00%

Anmerkungen:
Die Hälfte der Zentren hat mindestens 80% der primär metastasierten Adenokarzinome mit einer systemischen Erstlinien-Chemotherapie behandelt. Die andere Hälfte verwies auf in den Audits plausibilisierbare Begründungen, insbesondere schlechten Allgemeinzustand bzw. weit fortgeschrittenes Krankheitsgeschehen (und daraus resultierend lediglich Best supportive Care), Tod vor Einleitung der Chemotherapie, therapieleitendes Zweitmalignom, nicht tolerable Nebenwirkungen und primäre Operation bei Perforation.

* 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.

Zum Inhaltsverzeichnis

WISSEN AUS ERSTER HAND

DKG KREBSGESELLSCHAFT

Mehr Informationen unter www.krebsgesellschaft.de

Autoren
Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Zertifizierungskommission Speiseröhrenkrebszentren
Julia Mayerle, 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

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

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

Version e-A1-de; Stand 22.04.2021

ISBN: 978-3-948226-35-0
9 783948 226350