



# Kennzahlenauswertung 2022

## Jahresbericht der zertifizierten Magenkrebszentren

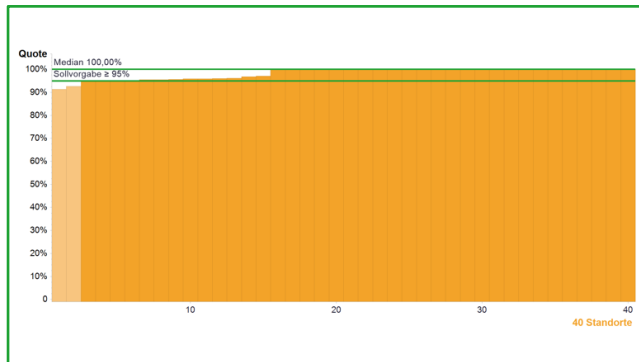
Auditjahr 2021 / Kennzahlenjahr 2020

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	3
Allgemeine Informationen .....	3
Stand des Zertifizierungssystems für Magenkrebszentren 2021 .....	5
Berücksichtigte Standorte .....	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten .....	7
Basisdatenauswertung .....	8
Kennzahlenauswertungen .....	9
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle .....	9
Kennzahl Nr. 1b: Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen .....	10
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung .....	11
Kennzahl Nr. 3: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv .....	12
Kennzahl Nr. 4: Postoperative Fallvorstellung .....	13
Kennzahl Nr. 5: Psychoonkologische Betreuung .....	14
Kennzahl Nr. 6: Beratung Sozialdienst .....	15
Kennzahl Nr. 7: Anteil Studienpatienten .....	16
Kennzahl Nr. 8: Endoskopische En-bloc Resektionen (LL QI) .....	17
Kennzahl Nr. 9: Komplikationen endoskopische En-bloc-Resektion .....	18
Kennzahl Nr. 10: R0-Resektionen (Endoskopie) (LL QI) .....	19
Kennzahl Nr. 11: Operative Primärfälle .....	20
Kennzahl Nr. 12: Anastomoseninsuffizienz Grad III (LL QI) .....	21
Kennzahl Nr. 13: Revisions-OP's .....	22
Kennzahl Nr. 14: Postoperative Wundinfektion .....	23
Kennzahl Nr. 15: Mortalität postoperativ .....	24
Kennzahl Nr. 16: Vollständiger Pathologiebericht (LL QI) .....	25
Kennzahl Nr. 17: Ernährungsstatus (LL QI) .....	26
Kennzahl Nr. 18: Vitamin B12 Substitution nach Gastrektomie (LL QI) .....	27
Kennzahl Nr. 19: Präoperative Chemotherapie bei lokalisierten Magenkarzinomen (ICD-10 C16.1-16.9) (LL QI) .....	28
Kennzahl Nr. 20: Präoperative Chemoth. oder Radiochemoth. bei Adenokarzinomen des ösophagogastralen Übergangs cT3 oder cT4, M0 .....	29
Kennzahl Nr. 21: Bestimmung HER-2-Status vor palliativer Tumorthherapie (LL QI) .....	30
Impressum .....	31

## Allgemeine Informationen

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	42,5*	16 - 87	1790
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	44,5*	17 - 89	1881
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	96,08%	86,96% - 100%	95,16%**



### 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.

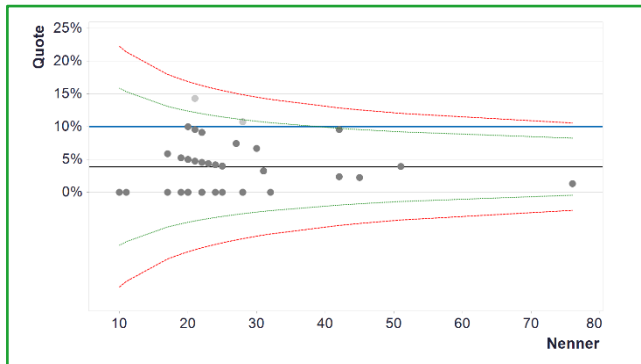
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

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

### Diagramm:

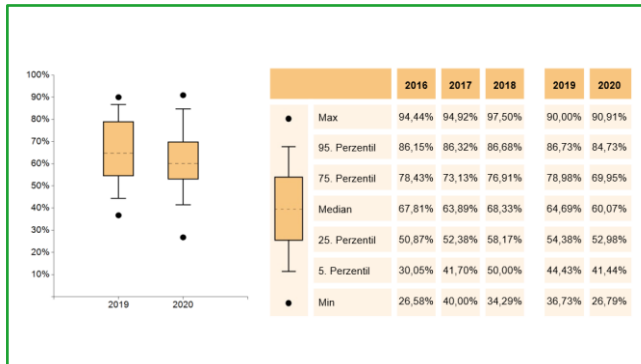
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

## Allgemeine Informationen



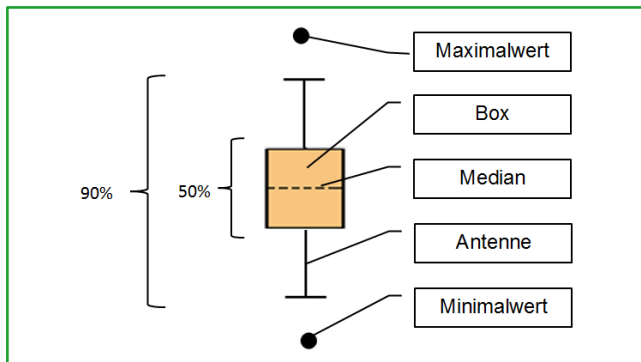
### Funnel Plots:

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 den Jahren **2016, 2017, 2018, 2019** und **2020** 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 Magenkrebszentren 2021

	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017
Laufende Verfahren	3	3	2	2	5
Zertifizierte Zentren	41	36	38	36	27
Zertifizierte Standorte	42	38	40	38	29

## Berücksichtigte Standorte

	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	40	36	39	33	20
entspricht	95,2%	94,7%	97,5%	86,8%	68,9%

Primärfälle gesamt*	1.881	1.655	1.394	1.204	983
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	47,0	45,9	35,7	36,5	49
Primärfälle pro Standort (Median)*	44,5	43	35	35	44,5

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

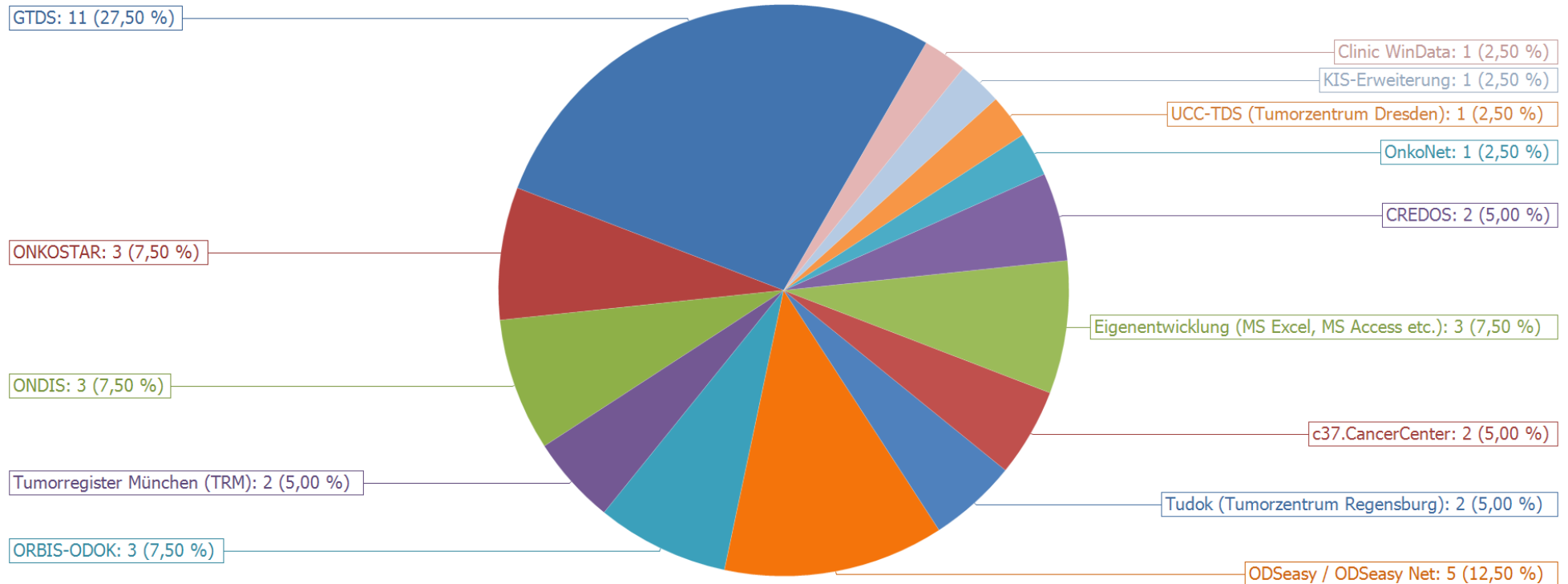
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Magenkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 40 der 42 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen ist 1 Standort, welcher im Jahr 2021 zum ersten Mal zertifiziert wurde (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). Von einem Standort wurde kein Datenblatt eingereicht, da das Zertifikat Anfang 2022 ausgesetzt wurde und keine Auditdurchführung mehr erfolgte.

In 42 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 1.927 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 2020. Sie stellen für die in 2021 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

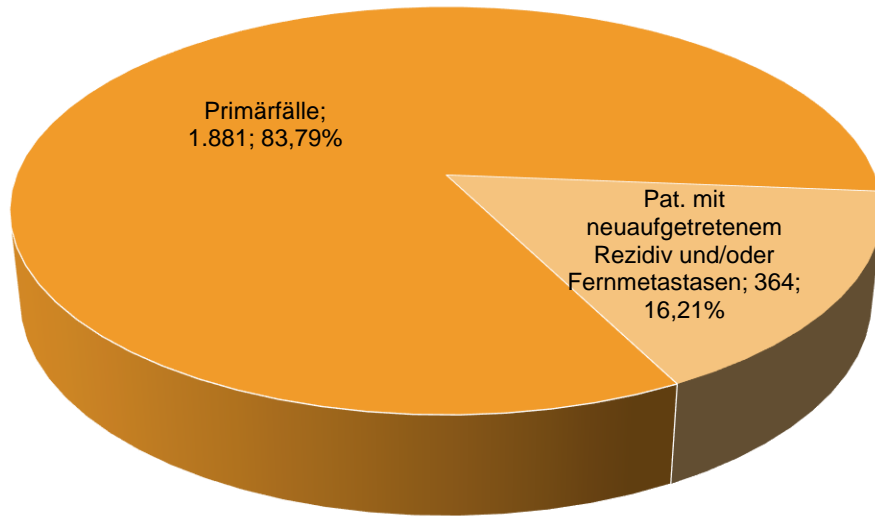
## Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



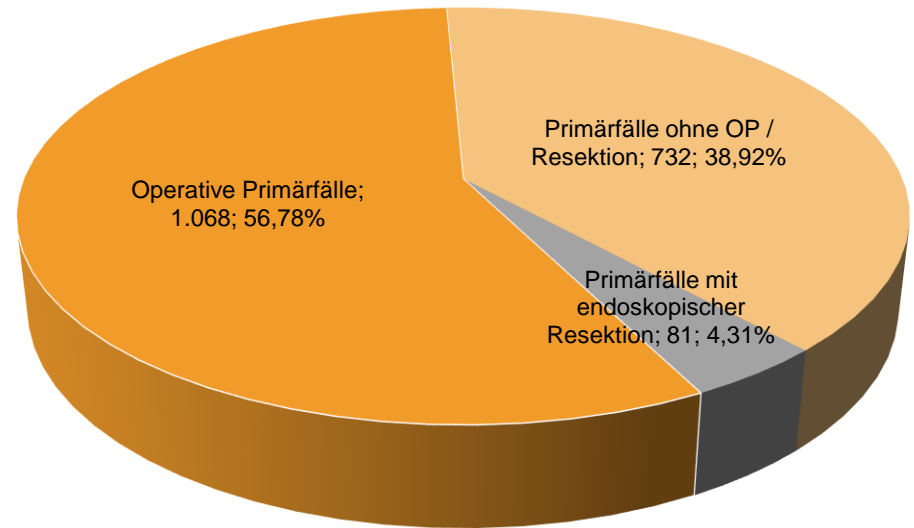
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum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

**Basisdaten – Verteilung Zentrumsfälle und Primärfälle Magenkrebszentren**

**Zentrumsfälle**



**Primärfälle**

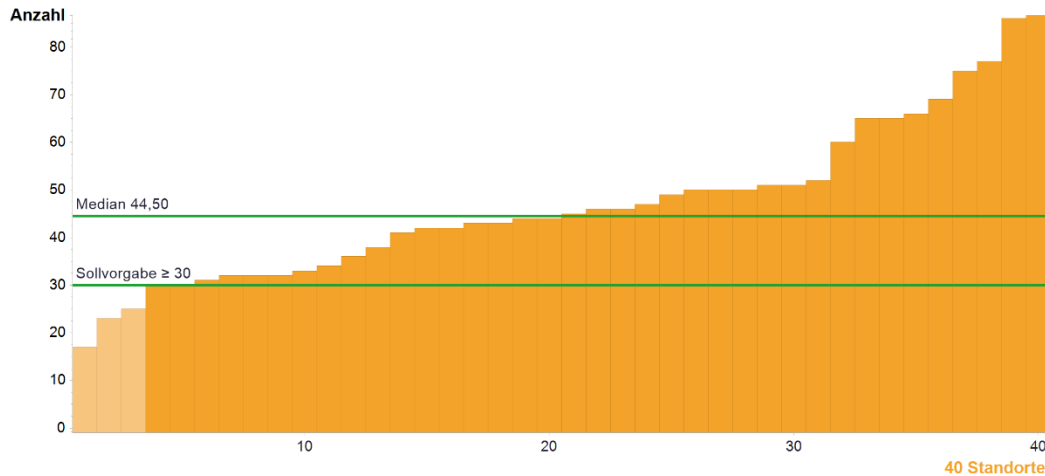


Primärfälle	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	Zentrumsfälle
1.881 (83,79%)	364 (16,21%)	2.245 (100%)

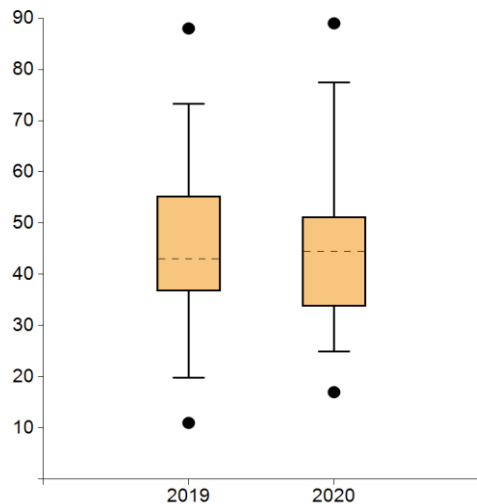
Operative Primärfälle	Primärfälle mit endoskopischer Resektion	Primärfälle ohne OP / Resektion	Primärfälle gesamt
1.068 (56,78%)	81 (4,31%)	732 (38,92%)	1.881 (100%)



# 1a. Primärfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Primärfälle	44,5	17 - 89	1881
	Sollvorgabe ≥ 30			



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	95,00	68,00	77,00	88,00	89,00
95. Perzentil	71,25	58,00	57,00	73,25	77,45
75. Perzentil	60,50	43,00	40,50	55,25	51,25
Median	44,50	35,00	35,00	43,00	44,50
25. Perzentil	36,75	30,00	28,00	36,75	33,75
5. Perzentil	31,95	21,60	19,00	19,75	24,90
● Min	31,00	18,00	16,00	11,00	17,00

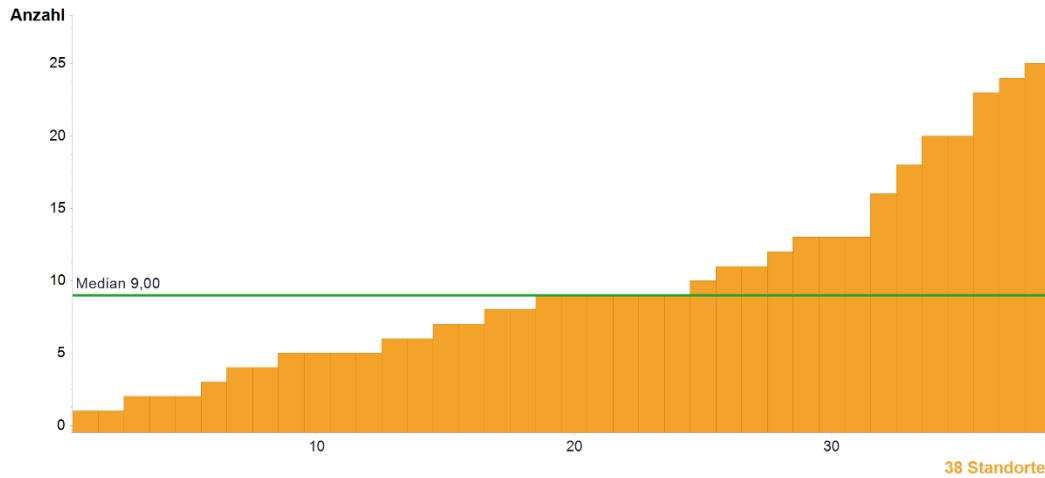
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	37	92,50%

**Anmerkungen:**

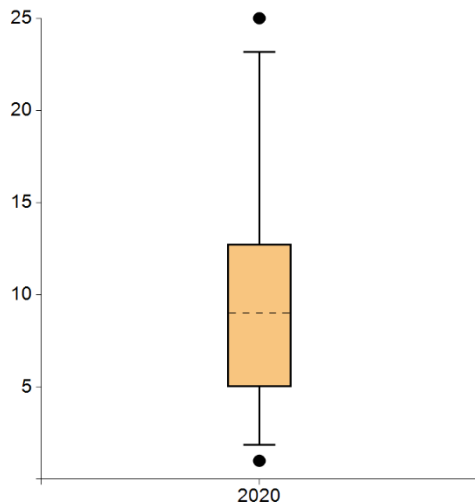
Auch im Pandemiejahr 2020 sind die in den Zentren behandelten Primärfälle sowohl insgesamt (+13,66%) als auch pro Zentrum (Median jetzt 44,5) angestiegen. Nur noch 3 Zentren (Vorjahr: 4) haben die Sollvorgabe verfehlt. Eingeschränkte diagnostische und therapeutische Kapazitäten im Rahmen der Corona-Pandemie wurden hier als Gründe genannt und in den Audits plausibilisiert.

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

## 1b. Patienten mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Patienten mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	9	1 - 25	364
	Keine Sollvorgabe			



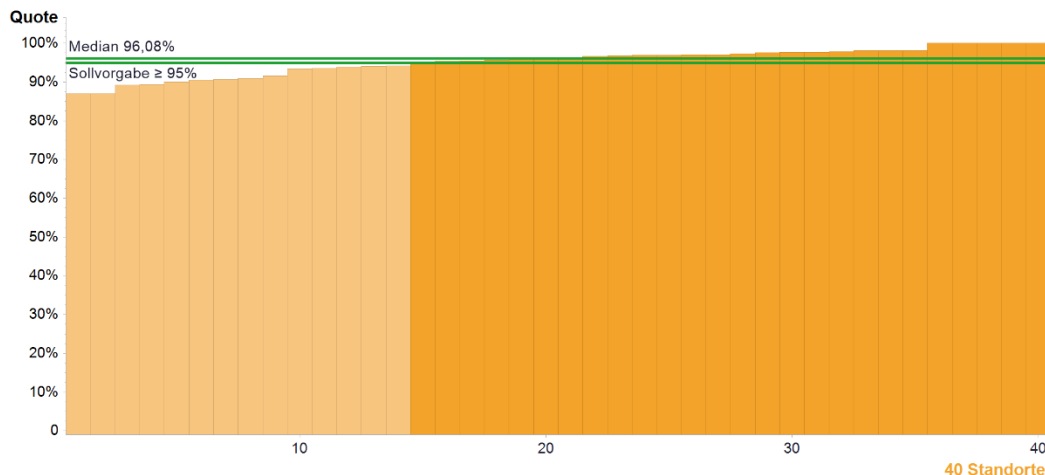
	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	----	----	----	----	25,00
95. Perzentil	----	----	----	----	23,15
75. Perzentil	----	----	----	----	12,75
Median	----	----	----	----	9,00
25. Perzentil	----	----	----	----	5,00
5. Perzentil	----	----	----	----	1,85
● Min	----	----	----	----	1,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
38	95,00%	----	----

### Anmerkungen:

Diese in den verschiedenen Zertifizierungssystemen nach und nach eingeführte Kennzahl wurde für das Behandlungsjahr 2020 nun auch für die Magenkrebszentren erhoben. Im Median behandelte jedes Zentrum 9 Patienten mit neuauftretenden Rezidiven und/oder Fernmetastasen.

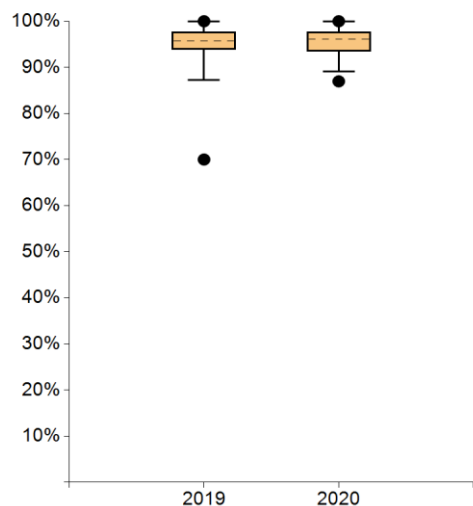
## 2. Prätherapeutische Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	42,5*	16 - 87	1790
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	44,5*	17 - 89	1881
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,08%	86,96% - 100%	95,16%**

\* 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.



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	97,13%	97,14%	97,42%	97,63%	97,63%
Median	94,00%	94,59%	96,15%	95,74%	96,08%
25. Perzentil	88,95%	92,00%	93,30%	93,80%	93,47%
5. Perzentil	83,68%	79,95%	88,88%	87,28%	89,12%
● Min	73,68%	76,47%	84,62%	70,00%	86,96%

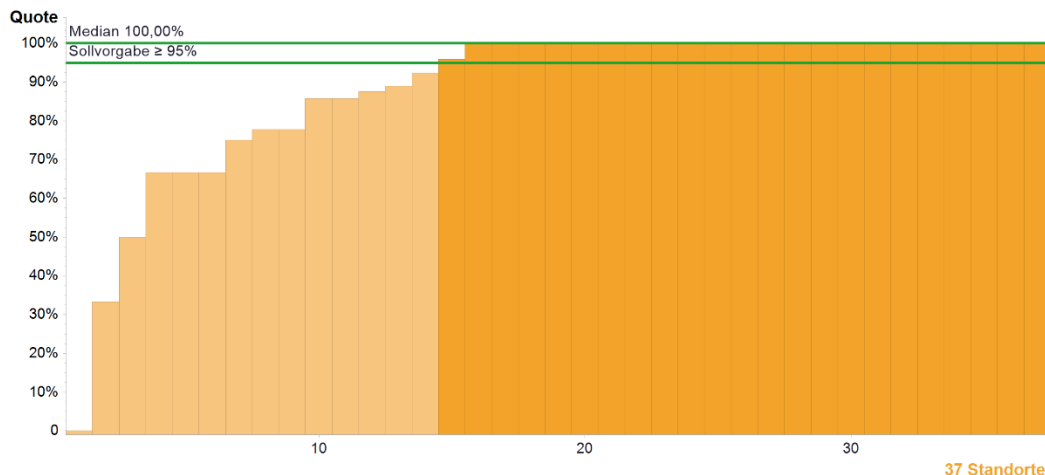
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	26	65,00%

### Anmerkungen:

Die Rate der prätherapeutischen Fallvorstellung zeigt in den unteren Prozentbereichen eine positive Entwicklung, auch wenn immer noch 14 Zentren (Vorjahr: 13) die Sollvorgabe von mind. 95% verfehlen. 6 Zentren berichteten von Patienten mit bereits extern begonnener Therapie, 5 von erst postinterventionell gestellten Diagnosen. In anderen Fällen handelte es sich um Notfallpatienten (4x) bzw. die Patienten waren vor dem Termin der Konferenz bereits verstorben (3x). In den Audits wurde – sofern nötig – auf die konsequente Vorstellung auch von BSC- oder bereits extern vorgestellten Patienten hingewiesen.

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

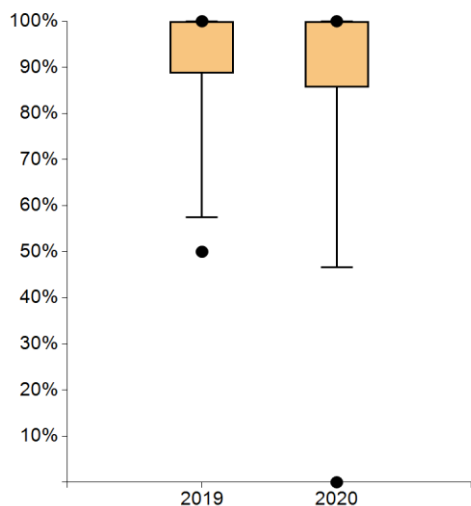
### 3. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	6*	0 - 23	248
Nenner	Patienten mit Rezidiv	7*	1 - 24	271
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	0,00% - 100%	91,51%**

\* 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.



	2016	2017	2018	2019	2020
● 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	80,13%	86,67%	91,46%	88,68%	85,71%
5. Perzentil	64,67%	76,50%	61,75%	57,50%	46,67%
● Min	60,00%	50,00%	50,00%	50,00%	0,00%

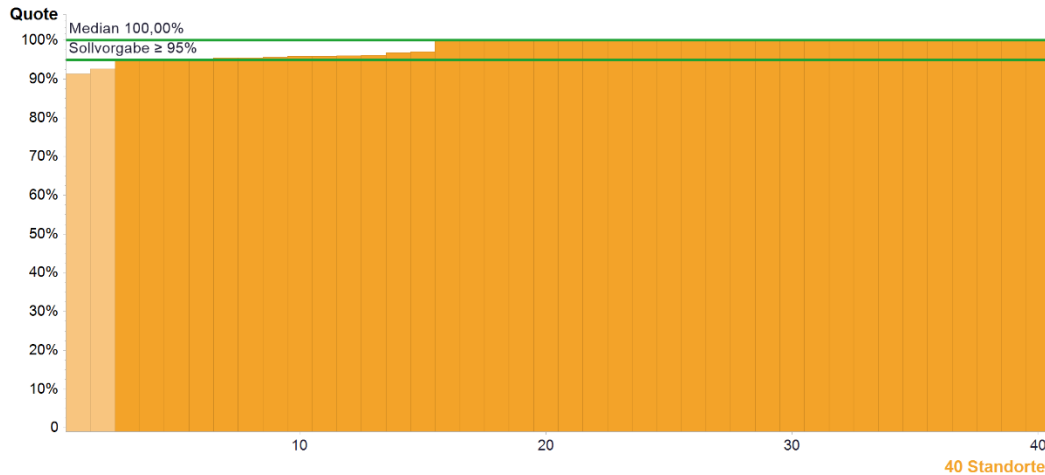
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
37	92,50%	23	62,16%

**Anmerkungen:**

Obwohl der Median weiter 100% beträgt, haben 3 Zentren mehr als im Vorjahr die Sollvorgabe bei der Vorstellung von Rezidiven verfehlt. Jeweils 4 Zentren begründeten dies mit rein palliativen Therapieansätzen bzw. bereits vor dem Vorstellungstermin verstorbenen Patienten. Teilweise wurde die Vorstellung auch versäumt (3x). Die Zentren wurden auch bei dieser Kennzahl auf die Notwendigkeit einer konsequenten Vorstellung aller Rezidive hingewiesen, einige veranstalteten diesbezügliche Qualitätszirkel. Das Zentrum mit einer Vorstellungsquote von 0% hatte nur 1 Patienten im Nenner.

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

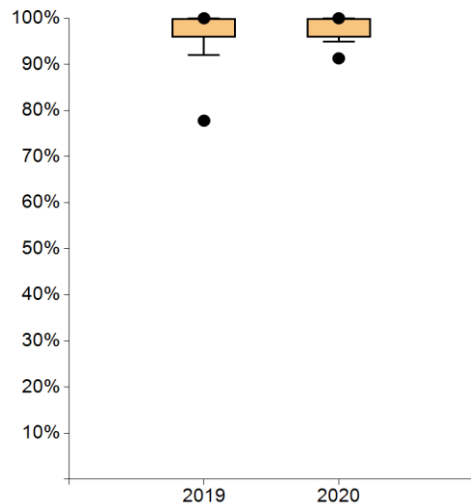
## 4. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	23,5*	10 - 76	1048
Nenner	Operative Primärfälle (= Kennzahl 11)	24*	10 - 76	1068
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	91,30% - 100%	98,13%**

\* 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.



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	95,83%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	93,50%	95,00%	95,35%	95,83%	95,83%
5. Perzentil	86,16%	89,56%	89,89%	91,94%	94,88%
● Min	85,29%	86,96%	86,36%	77,78%	91,30%

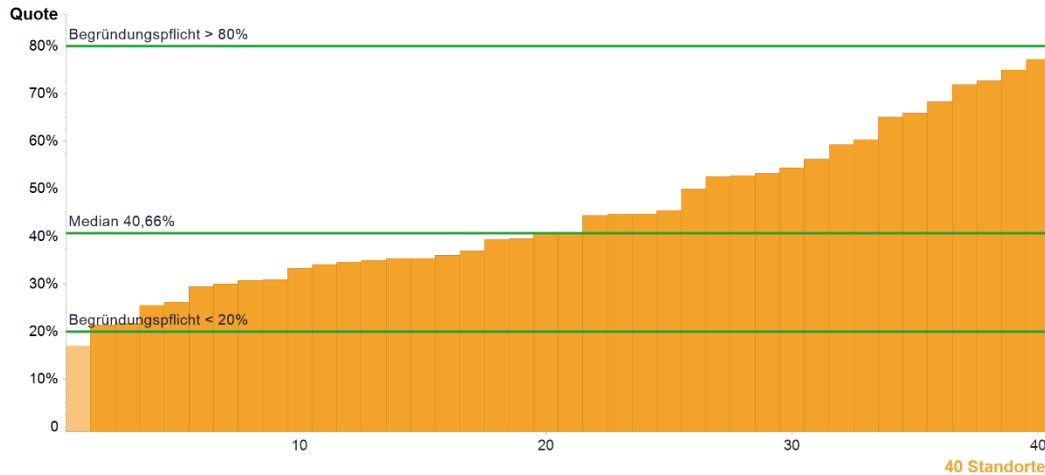
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	38	95,00%

### Anmerkungen:

Die postoperative Fallvorstellung zeigt eine deutliche Verbesserung im Vergleich zum Vorjahr. Die Zahl der Zentren unterhalb der Sollvorgabe sinkt von 4 auf 2, wobei diese nur knapp unter 95% lagen. Hierbei handelte es sich jedoch fast ausschließlich um perioperativ verstorbene Patienten, die nicht mehr vorgestellt wurden.

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

## 5. Psychoonkologische Betreuung

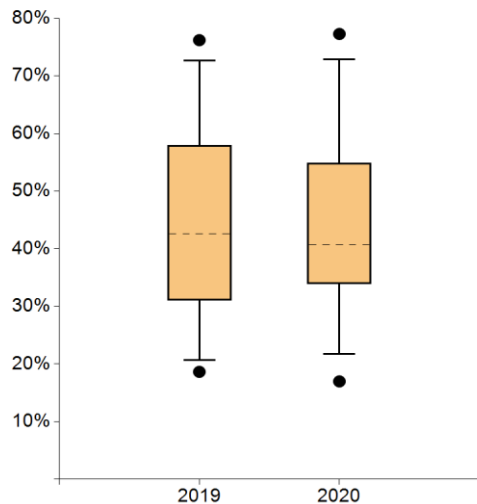


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	24,5*	5 - 72	1011
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Patienten mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	54*	23 - 99	2245
Quote	Begründungspflicht*** <20% und >80%	40,66%	16,98% - 77,27%	45,03%**

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

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

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



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	100%	94,92%	87,50%	76,19%	77,27%
95. Perzentil	75,00%	66,40%	77,07%	72,68%	72,84%
75. Perzentil	49,81%	50,00%	60,30%	57,90%	54,85%
Median	43,53%	38,89%	44,83%	42,63%	40,66%
25. Perzentil	38,18%	27,91%	27,02%	31,06%	33,90%
5. Perzentil	14,16%	18,00%	17,06%	20,73%	21,72%
● Min	1,75%	15,15%	10,34%	18,64%	16,98%

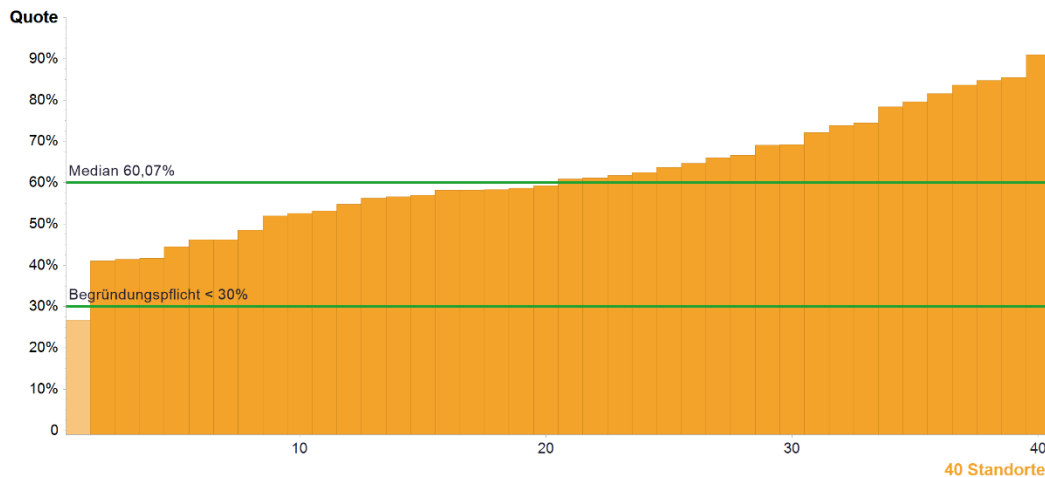
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	39	97,50%

### Anmerkungen:

Bei leicht gestiegener Gesamtberatungsquote ist der Median der psychoonkologischen Betreuung leicht gesunken. Wie im Vorjahr lag 1 Zentrum unter 20%, was dieses mit mehreren Gesprächen unter 25 min. begründete.

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

## 6. Beratung Sozialdienst

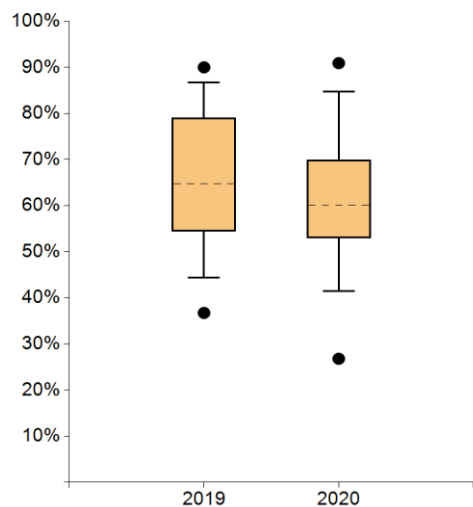


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	32*	12 - 83	1388
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Patienten mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	54*	23 - 99	2245
Quote	Begründungspflicht*** <30%	60,07%	26,79% - 90,91%	61,83%**

\* 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.



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	94,44%	94,92%	97,50%	90,00%	90,91%
95. Perzentil	86,15%	86,32%	86,68%	86,73%	84,73%
75. Perzentil	78,43%	73,13%	76,91%	78,98%	69,95%
Median	67,81%	63,89%	68,33%	64,69%	60,07%
25. Perzentil	50,87%	52,38%	58,17%	54,38%	52,98%
5. Perzentil	30,05%	41,70%	50,00%	44,43%	41,44%
● Min	26,58%	40,00%	34,29%	36,73%	26,79%

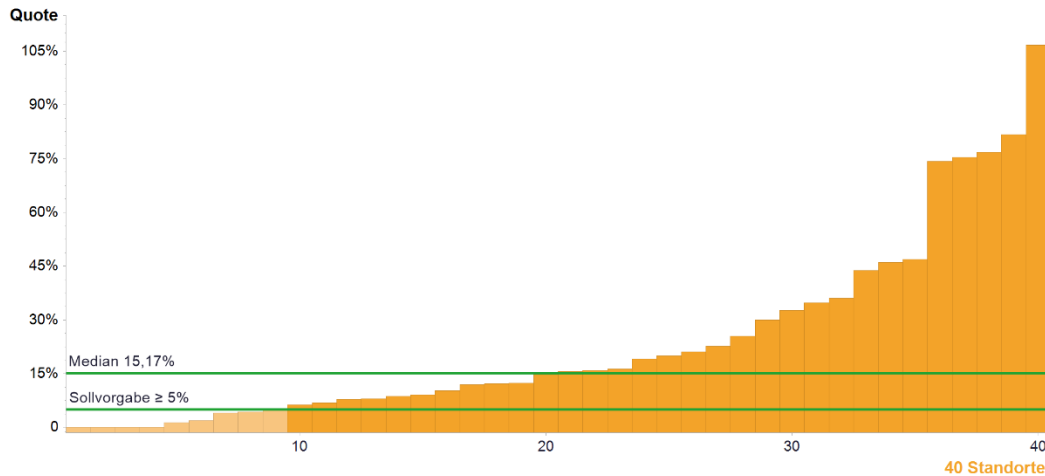
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	39	97,50%

### Anmerkungen:

Die Beratungsquote des Sozialdienstes ist sowohl insgesamt als auch pro Zentrum gesunken. 2020 lag erstmals seit 2016 wieder 1 Zentrum unter einer Quote von 30%. Das Zentrum berichtete, dass der Beratungsbedarf seitens der Patienten gering gewesen sei. Die allgemein gesunkene Quote hängt wahrscheinlich mit den klinikinternen Umstrukturierungen sowie den Kontaktbeschränkungen im Rahmen der Corona-Pandemie zusammen.

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

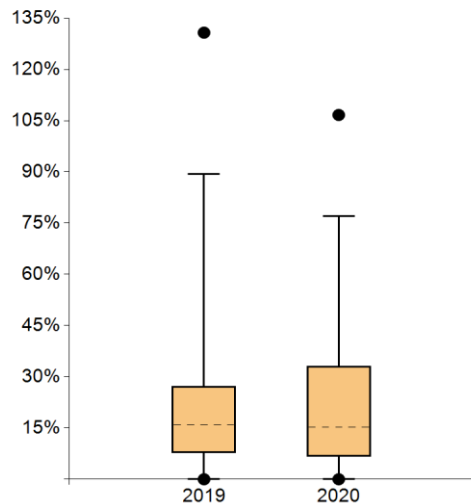
## 7. Anteil Studienpatienten



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten mit Magenkarzinom, die in eine Studie eingebracht wurden	7*	0 - 49	454
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	44,5*	17 - 89	1881
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	15,17%	0,00% - 106,67%	24,14%**

\* 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.



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	150,00%	150,00%	271,43%	130,77%	106,67%
95. Perzentil	101,14%	74,80%	78,83%	89,32%	76,99%
75. Perzentil	37,50%	27,78%	29,13%	27,13%	33,18%
Median	8,60%	15,69%	12,90%	15,96%	15,17%
25. Perzentil	4,30%	4,76%	6,19%	7,78%	6,68%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	31	77,50%

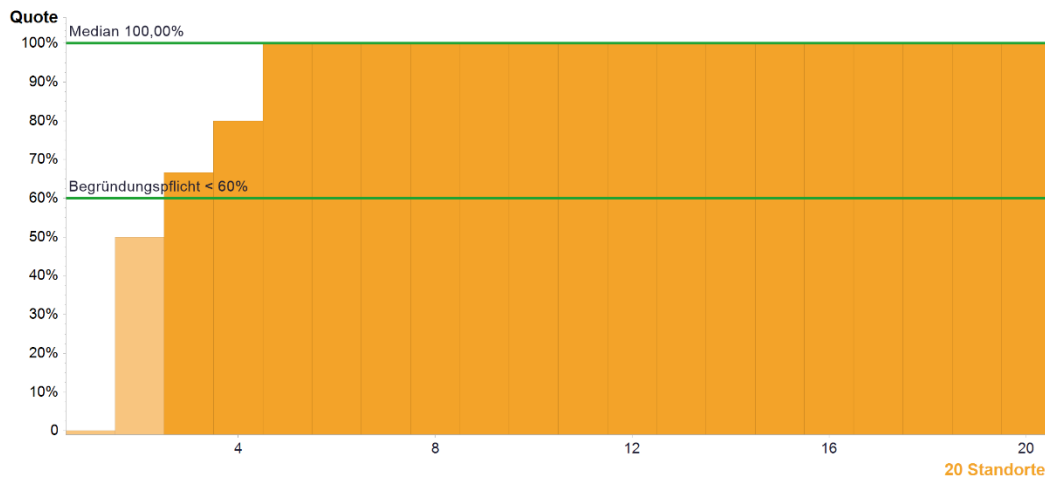
### Anmerkungen:

Die Studienquote zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr stabil. 9 Zentren (Vorjahr: 7) konnten die erforderlichen Studieneinschlüsse von 5% der Primärfallzahl nicht erreichen. Jeweils 3 Zentren begründeten dies mit fehlenden geeigneten Studien bzw. einem negativen Screeningergebnis teilnahmebereiter Patienten. Andere Gründe, auch die Auswirkungen der Corona-Pandemie, wurden nur von einzelnen Zentren genannt.

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



## 8. Endoskopische En-bloc Resektionen (LL QI)

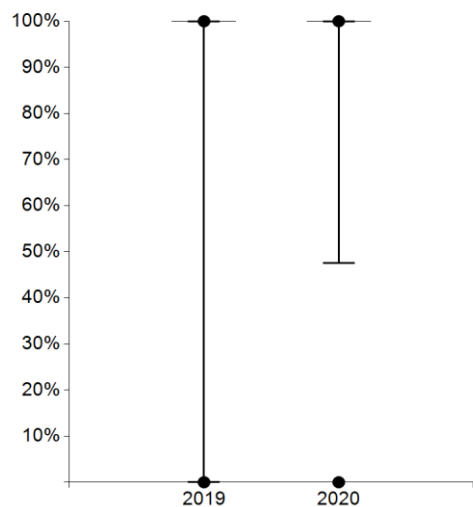


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit En-bloc Resektion	1,5*	0 - 4	36
Nenner	Primärfälle mit endoskopischer Resektion	2*	1 - 6	41
Quote	Begründungspflicht*** < 60%	100%	0,00% - 100%	87,80%**

\* 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.



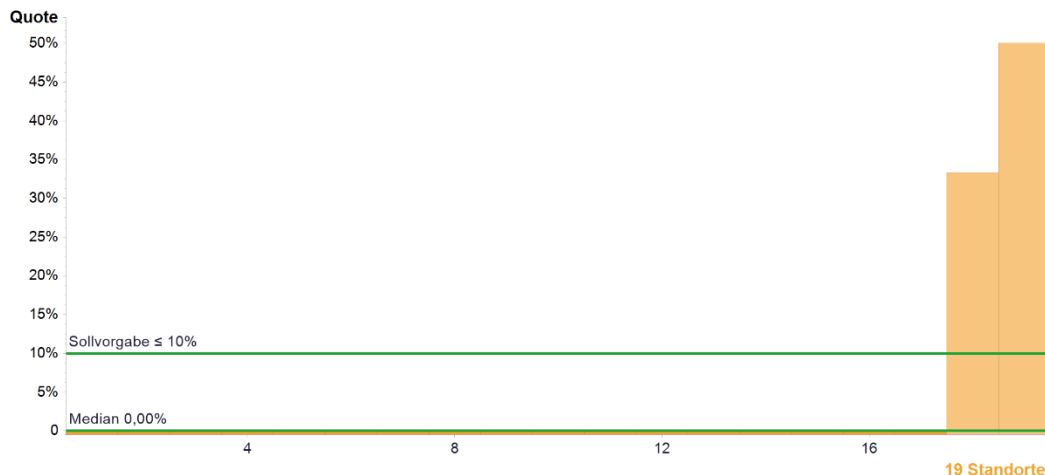
	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	-----	-----	-----	100%	100%
95. Perzentil	-----	-----	-----	100%	100%
75. Perzentil	-----	-----	-----	100%	100%
Median	-----	-----	-----	100%	100%
25. Perzentil	-----	-----	-----	100%	100%
5. Perzentil	-----	-----	-----	0,00%	47,50%
● Min	-----	-----	-----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	50,00%	18	90,00%

### Anmerkungen:

Für das Kennzahlenjahr 2020 wurde erstmals eine Plausibilitätsgrenze bei 60% eingeführt. Somit mussten – bei insgesamt gesteigener Rate an En-bloc-Resektionen – 2 Zentren Begründungen abgeben. Deren Quoten von 0% bzw. 50% resultierten aus lediglich 1 bzw. 2 Patienten im Nenner, es war also jeweils nur ein einziger Fall ausschlaggebend. Bei einem dieser Fälle handelte es sich um einen großen Tumor mit eingeschränkter Sicht. In den Audits wurden keine weiteren Maßnahmen abgeleitet.

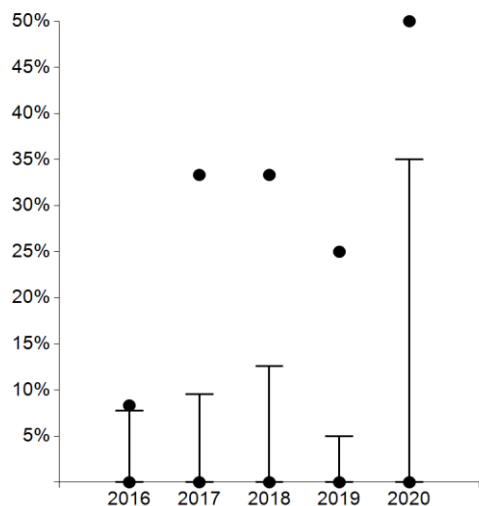
## 9. Komplikationen endoskopische En-bloc-Resektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Komplikationen (Blutung, Perforation)	0*	0 - 1	2
Nenner	Primärfälle mit endoskopischer En-bloc-Resektion	2*	1 - 4	36
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	0,00%	0,00% - 50,00%	5,56%**

\* 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.



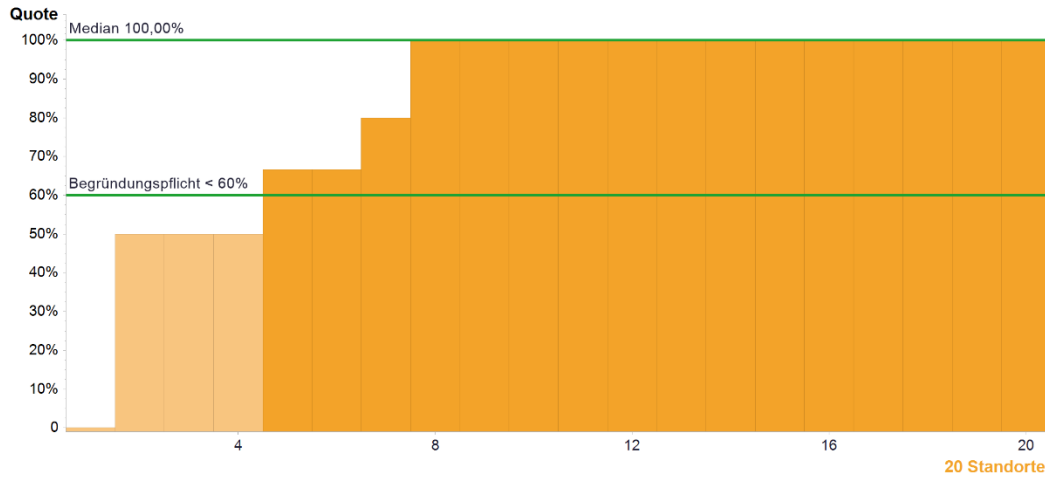
	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	8,33%	33,33%	33,33%	25,00%	50,00%
95. Perzentil	7,74%	9,58%	12,57%	5,00%	35,00%
75. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Median	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
25. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
19	47,50%	17	89,47%

### Anmerkungen:

17 der 19 Zentren mit Patienten im Nenner verzeichneten keine Blutung oder Perforation. Bei den beiden anderen Zentren war aufgrund der geringen Fallzahlen im Nenner nur ein einziger Patient für die Überschreitung der Sollvorgabe ausschlaggebend. In beiden Fällen kam es zu einer Perforation, die jedoch vergleichsweise unkompliziert behandelbar war. In den Audits wurde kein systematischer Fehler identifiziert.

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

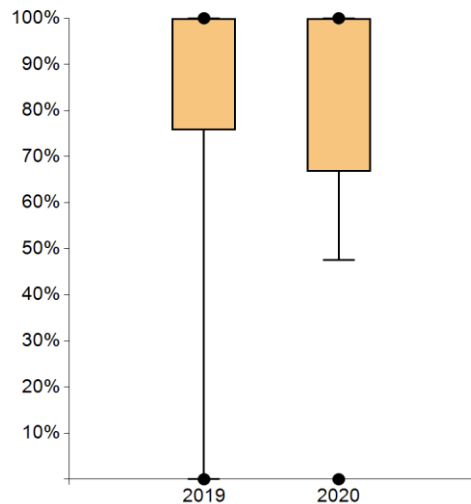


	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit R0 nach abgeschlossener endoskopischer Therapie	1*	0 - 4	33
Nenner	Primärfälle mit endoskopischer Resektion	2*	1 - 6	41
Quote	Begründungspflicht*** <60%	100%	0,00% - 100%	80,49%**

\* 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.



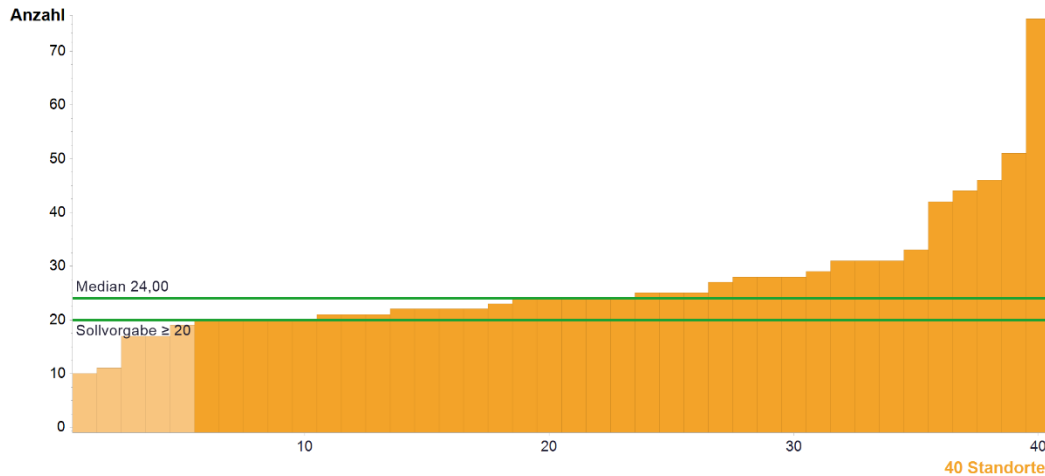
	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
75. Perzentil	----	----	----	100%	100%
Median	----	----	----	100%	100%
25. Perzentil	----	----	----	75,72%	66,67%
5. Perzentil	----	----	----	0,00%	47,50%
● Min	----	----	----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	50,00%	16	80,00%

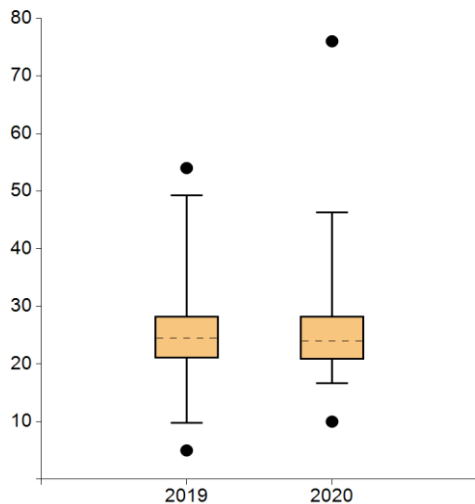
### Anmerkungen:

Durch die erstmalige Einführung einer Plausi-Grenze liegen mehr Informationen über die Hintergründe der unterschiedlichen Werte vor. Bei den 4 Zentren unter 60% war (bei maximal 2 Patienten im Nenner) jeweils 1 Patient ausschlaggebend. In 3 dieser 4 Fälle folgte auf die R1-Resektion eine Nachresektion.

## 11. Operative Primärfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle (ICD-10 C16.0, C16.1-16.9 mit OPS:5-425*, 5-426*, 5-435* bis 5-438*)	24	10 - 76	1068
	Sollvorgabe ≥ 20			



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	46,00	44,00	45,00	54,00	76,00
95. Perzentil	38,40	36,60	36,70	49,25	46,25
75. Perzentil	32,50	25,00	24,50	28,25	28,25
Median	28,50	21,00	22,00	24,50	24,00
25. Perzentil	23,00	20,00	17,50	21,00	20,75
5. Perzentil	20,00	12,00	9,90	9,75	16,70
● Min	20,00	8,00	6,00	5,00	10,00

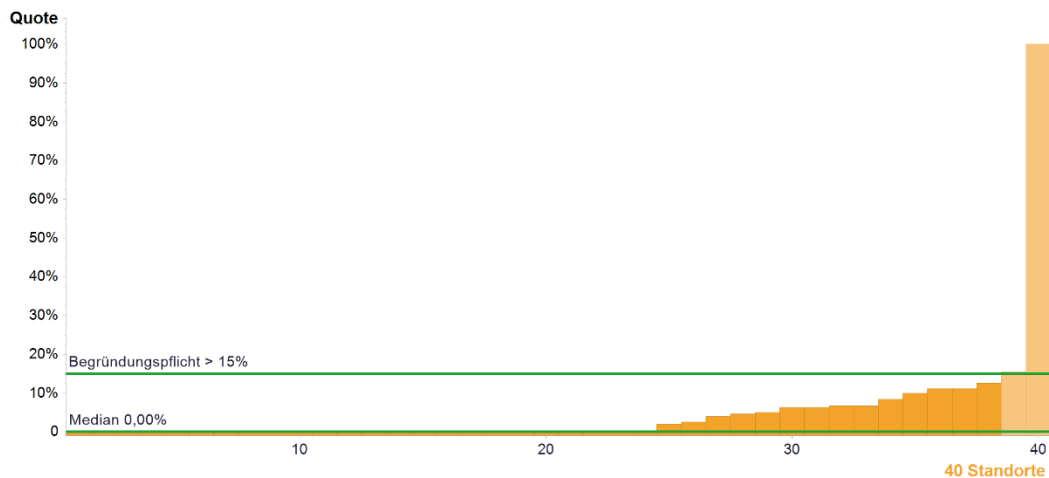
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	35	87,50%

### Anmerkungen:

Insgesamt wurden im Zertifizierungssystem 12,78% mehr operative Primärfälle (bei nahezu konstantem Median) dokumentiert. Wie im Vorjahr haben 5 Zentren die Mindestmenge von 20 verfehlt. Es gibt jedoch keine Schnittmengen zu den Zentren des Vorjahres. 4 der 5 Zentren verwiesen auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie, 1 Zentrum machte einen hohen Anteil fortgeschrittener (und damit nicht mehr operabler) Stadien für den Fallzahlrückgang verantwortlich.

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

## 12. Anastomoseninsuffizienz Grad III (LL QI)

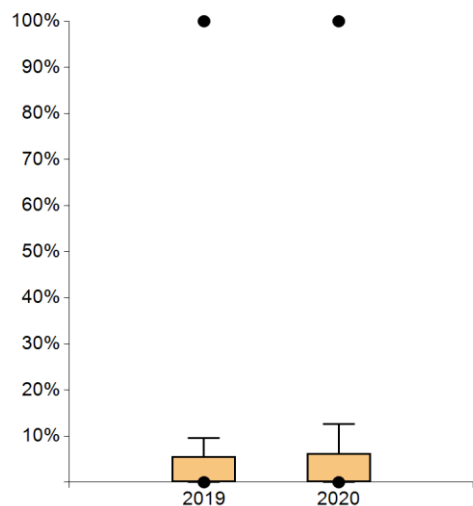


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Anastomoseninsuffizienz Grad III	0*	0 - 4	26
Nenner	Operative Primärfälle (ICD-10 C16.0, C16.1-16.9) mit Rekonstruktion mittels Anastomose	17*	3 - 51	746
Quote	Begründungspflicht*** >15%	0,00%	0,00% - 100%	3,49%**

\* 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.



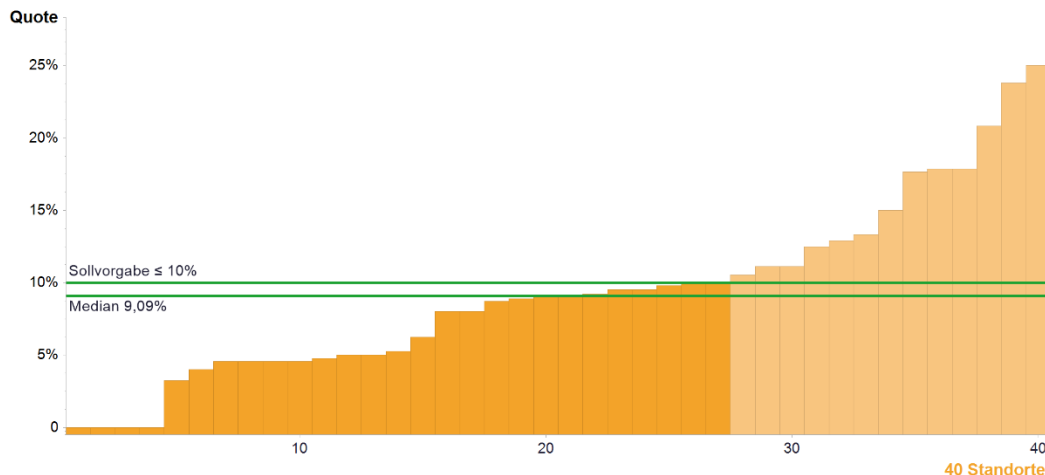
	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	-----	-----	-----	100%	100%
95. Perzentil	-----	-----	-----	9,58%	12,64%
75. Perzentil	-----	-----	-----	5,56%	6,25%
Median	-----	-----	-----	0,00%	0,00%
25. Perzentil	-----	-----	-----	0,00%	0,00%
5. Perzentil	-----	-----	-----	0,00%	0,00%
● Min	-----	-----	-----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	38	95,00%

### Anmerkungen:

Zwei Zentren hatten bei mind. 15% der Patienten des Nenners Anastomoseninsuffizienzen Grad III zu verzeichnen. Das Zentrum mit einem Wert von 100% hatte 3 Patienten im Nenner. Es verwies in allen 3 Fällen auf eine perioperativ laufende Chemotherapie sowie ein erhöhtes Morbiditätsrisiko.

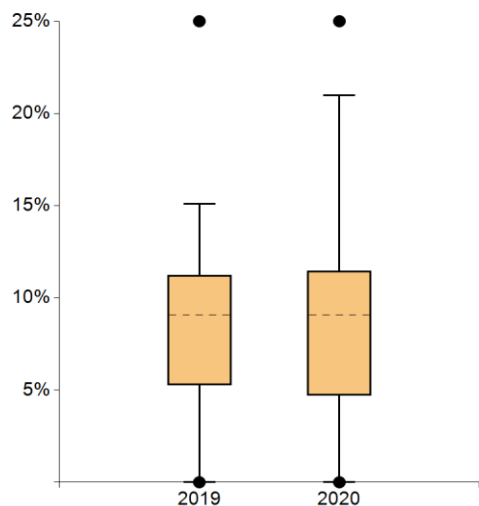
### 13. Revisions-OP's



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Revisions-OP's infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	2*	0 - 7	99
Nenner	Elektive Operative Primärfälle	22,5*	10 - 76	1052
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	9,09%	0,00% - 25,00%	9,41%**

\* 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.



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	22,86%	50,00%	28,57%	25,00%	25,00%
95. Perzentil	19,41%	24,00%	21,84%	15,11%	20,98%
75. Perzentil	16,31%	16,67%	12,32%	11,22%	11,46%
Median	11,52%	8,33%	8,70%	9,09%	9,09%
25. Perzentil	5,37%	5,00%	4,55%	5,26%	4,71%
5. Perzentil	0,00%	3,54%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

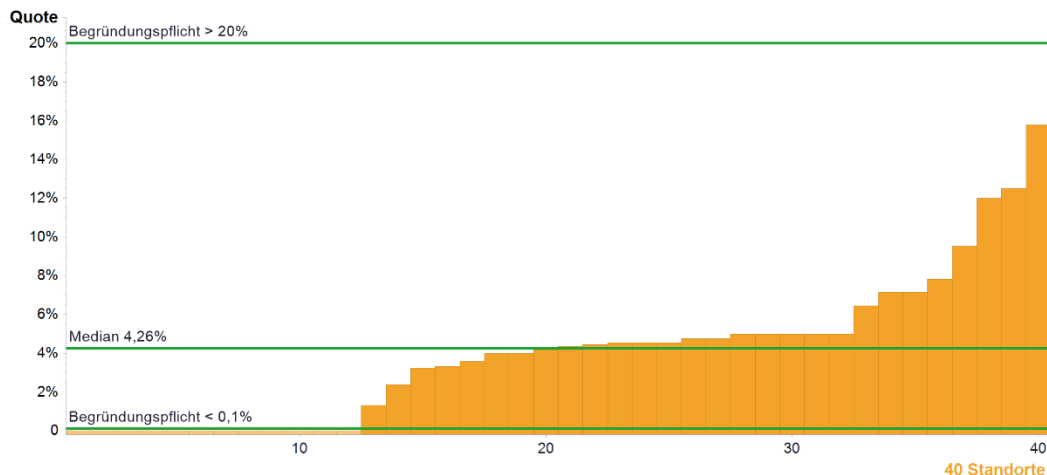
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	27	67,50%

**Anmerkungen:**

Bei konstantem Median steigt die Zahl der Zentren mit einer Revisionsrate über 10% von 11 auf 13. Jeweils 7 Zentren machten hierfür Blutungen/Hämatome bzw. Anastomosensuffizienzen verantwortlich. Fasziendehiszenzen und Peritonitis nannten je 3 Zentren. Weitere Ursachen wurden nur vereinzelt genannt. Einige Zentren arbeiteten die zugrunde liegenden Fälle in M&M-Konferenzen auf.

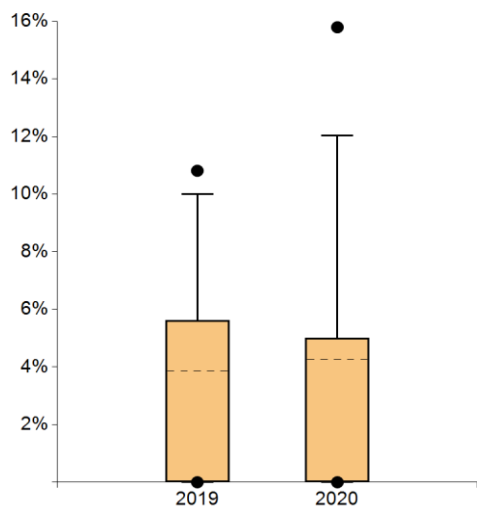
Δ Anpassung der Primärfalldefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

## 14. Postoperative Wundinfektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit postoperativen Wundinfektionen innerhalb von 30 d nach elektiver OP mit Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	1*	0 - 4	43
Nenner	Elektive Operative Primärfälle	22,5*	10 - 76	1052
Quote	Begründungspflicht*** <0,1% und >20%	4,26%	0,00% - 15,79%	4,09%**

\* 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.



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	13,04%	19,23%	17,39%	10,81%	15,79%
95. Perzentil	11,62%	15,01%	11,95%	10,00%	12,03%
75. Perzentil	7,94%	6,06%	6,46%	5,61%	5,00%
Median	4,78%	4,35%	4,35%	3,85%	4,26%
25. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

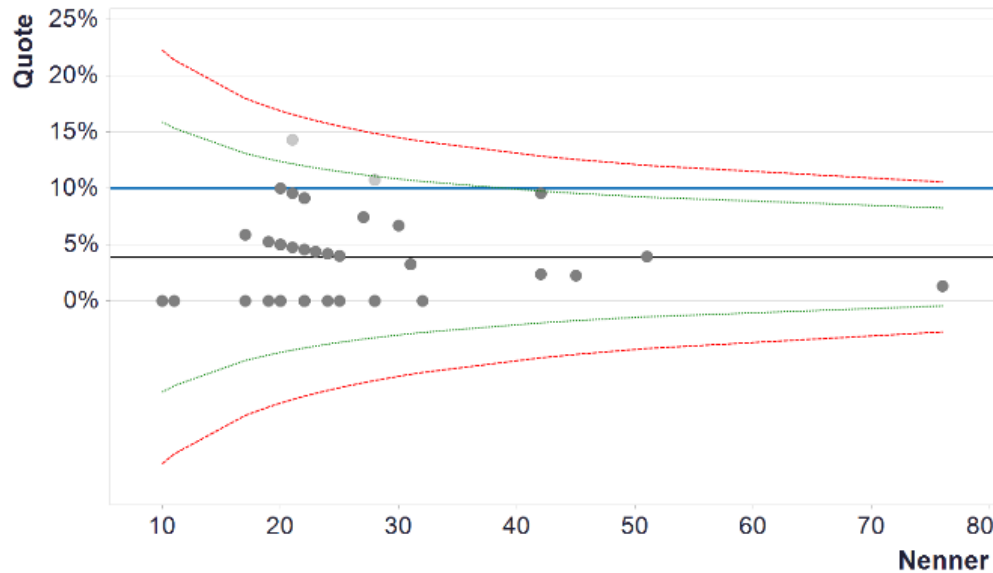
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	28	70,00%

### Anmerkungen:

Wie im Vorjahr lagen 12 Zentren außerhalb des Plausibilitätskorridors, wobei diese allesamt eine Quote von 0% erreichten und somit keine postoperative Wundinfektion verzeichneten. Der Median ist leicht angestiegen, bewegt sich aber weiter unter dem Durchschnitt der letzten Jahre.

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

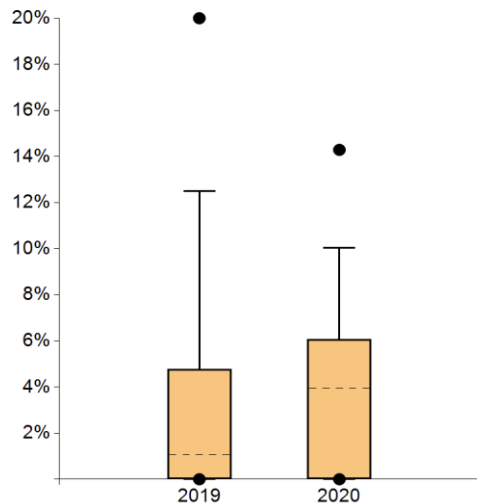
## 15. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die postoperativ nach elektiven Eingriffen innerhalb von 30 d verstorben sind	1*	0 - 4	41
Nenner	Elektive Operative Primärfälle	22,5*	10 - 76	1052
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	3,96%	0,00% - 14,29%	3,90%**

\* 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.



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	20,69%	25,00%	13,04%	20,00%	14,29%
95. Perzentil	12,00%	17,00%	9,57%	12,50%	10,04%
75. Perzentil	5,37%	8,33%	4,76%	4,77%	6,08%
Median	4,10%	4,17%	0,00%	1,07%	3,96%
25. Perzentil	2,21%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	38	95,00%

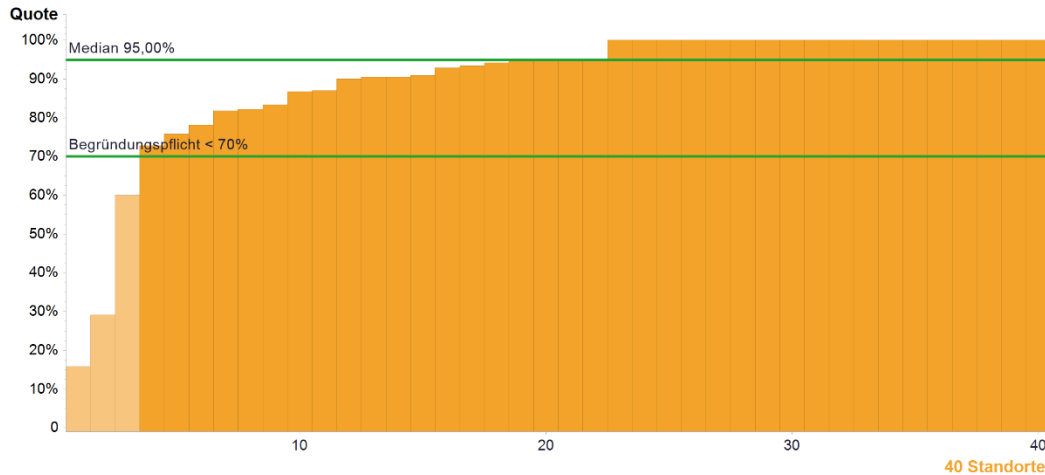
### Anmerkungen:

Wie im Vorjahr verfehlen 2 Zentren die Sollvorgabe bei der postoperativen Mortalität. Es handelt sich jedoch nicht um dieselben Zentren. Häufungen bzgl. bestimmter Ursachen (z.B. Sepsis, Leberversagen, Lungenembolie) lassen sich in den Erläuterungen nicht finden. In den Audits wurde im Rahmen der Einzelfallbetrachtung kein systematischer Fehler identifiziert.

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



## 16. Vollständiger Pathologiebericht (LL QI)

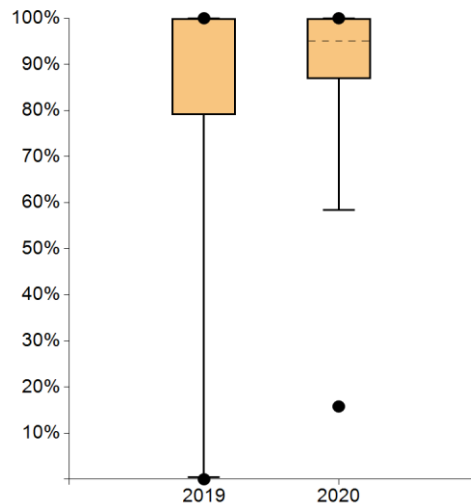


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit vollständigen Befundbericht	16*	3 - 51	716
Nenner	Operative Primärfälle	19*	9 - 51	811
Quote	Begründungspflicht*** <70%	95,00%	15,79% - 100%	88,29%**

\* 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.



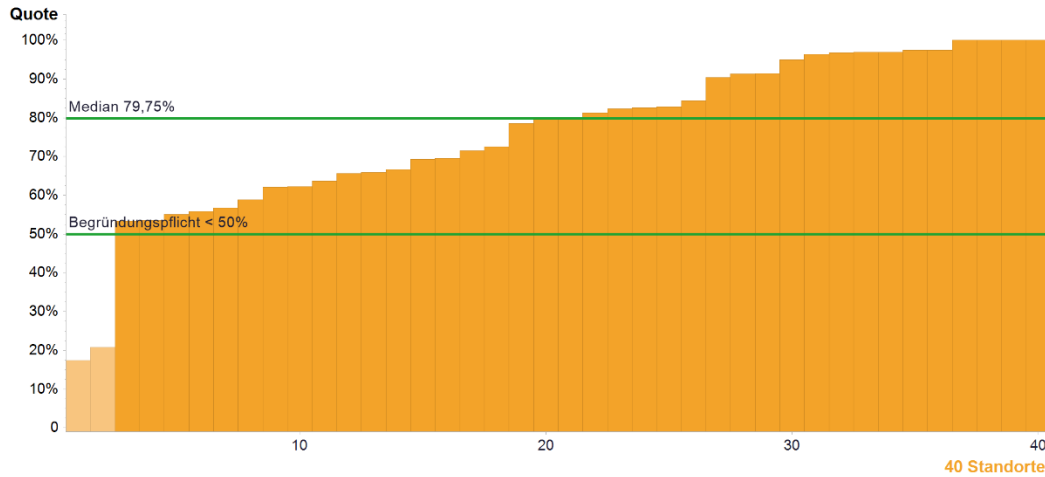
	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
75. Perzentil	----	----	----	100%	100%
Median	----	----	----	100%	95,00%
25. Perzentil	----	----	----	78,99%	86,89%
5. Perzentil	----	----	----	0,45%	58,46%
● Min	----	----	----	0,00%	15,79%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	37	92,50%

### Anmerkungen:

Die Quote vollständiger Befundberichte insgesamt steigt von 82,28% auf 88,29%. Durch die neue Plausibilitätsgrenze bei 70% wurden 3 Zentren begründungspflichtig. Bei diesen Zentren wurden einzelne Angaben nicht einheitlich dokumentiert bzw. die Kriterien wurden nicht auf neoadjuvant vorbehandelte Patienten angewendet. Die Zentren nahmen die auffälligen Ergebnisse zum Anlass für interne Schulungen bzw. die Standardisierung der Befunde.

## 17. Ernährungsstatus (LL QI)

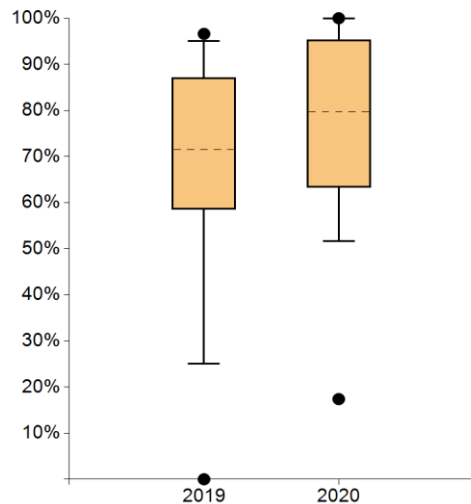


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Feststellung des Ernährungsstatus nach Nutritional Risk Score und Body Mass Index	24*	4 - 63	1044
Nenner	Primärfälle	32*	16 - 77	1383
Quote	Begründungspflicht***	79,75%	17,39% - 100%	75,49%**

\* 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.



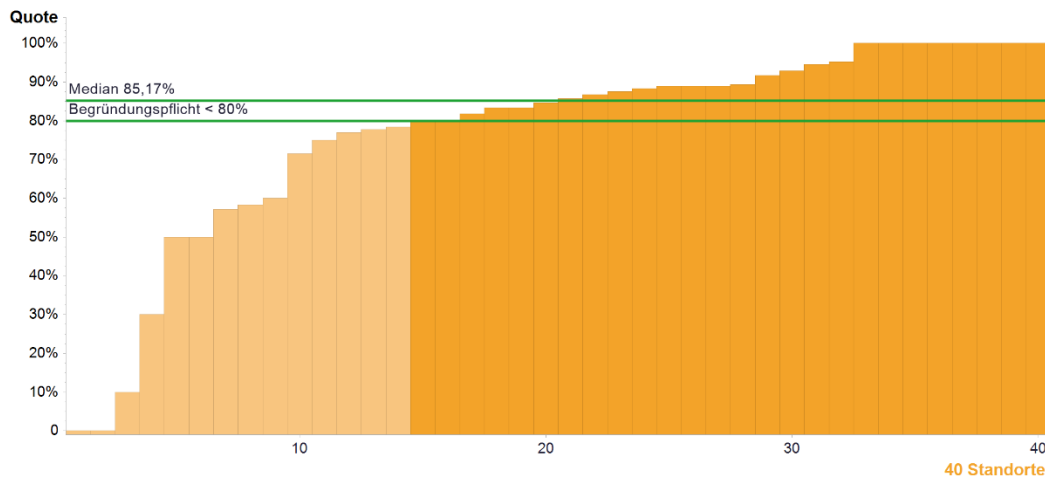
	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	----	----	----	96,61%	100%
95. Perzentil	----	----	----	95,10%	100%
75. Perzentil	----	----	----	87,12%	95,36%
Median	----	----	----	71,43%	79,75%
25. Perzentil	----	----	----	58,58%	63,27%
5. Perzentil	----	----	----	25,00%	51,71%
● Min	----	----	----	0,00%	17,39%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	38	95,00%

### Anmerkungen:

Dieser Qualitätsindikator (QI) der Leitlinie wird im zweiten Jahr der Erhebung schon deutlich besser in den Zentren umgesetzt. Unter die neu eingeführte Begründungspflicht fielen 2 Zentren mit Quoten unter 50%. Ein Zentrum verwies auf die coronabedingten Kontaktbeschränkungen (bei entsprechender Weitervermittlung der Patienten im Verlauf). Das andere behob einen Dokumentationsfehler, wegen dem die Beratungen nicht ins KIS übertragen wurden.

## 18. Vitamin B12 Substitution nach Gastrektomie (LL QI)

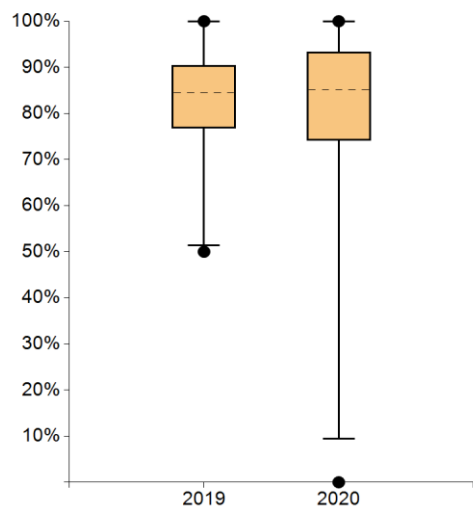


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit dokumentierter Empfehlung zu Vitamin B12-Substitution (z.B. 1000 µg alle 3 Mo) im Arztbrief	10*	0 - 35	466
Nenner	Operative Primärfälle (ICD-10 C16.0, C16.1-16.9) nach Gastrektomie	13*	5 - 37	606
Quote	Begründungspflicht*** < 80%	85,17%	0,00% - 100%	76,90%**

\* 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.



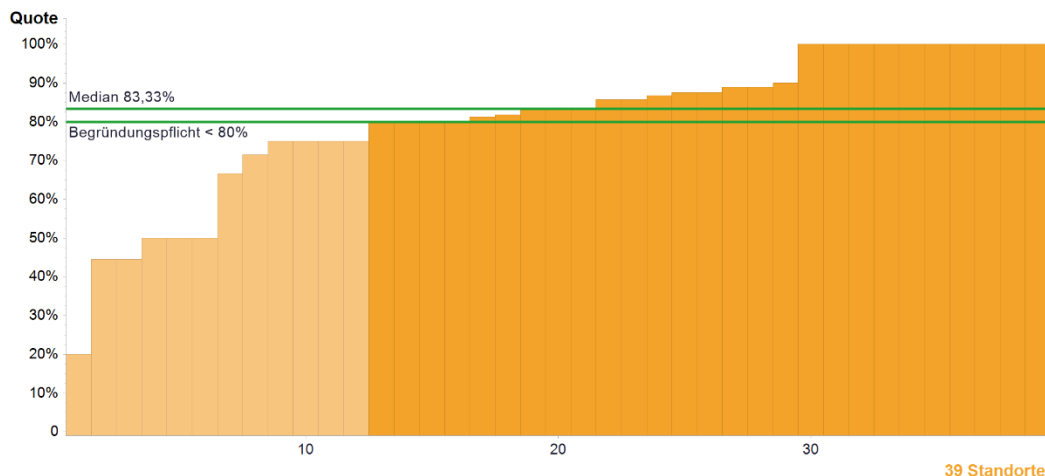
	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	-----	-----	-----	100%	100%
95. Perzentil	-----	-----	-----	100%	100%
75. Perzentil	-----	-----	-----	90,48%	93,29%
Median	-----	-----	-----	84,52%	85,17%
25. Perzentil	-----	-----	-----	76,81%	74,11%
5. Perzentil	-----	-----	-----	51,39%	9,50%
● Min	-----	-----	-----	50,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	26	65,00%

### Anmerkungen:

Die Umsetzung dieses QI der Leitlinie ist weiter sehr unterschiedlich. Unter die neue Begründungspflicht fielen 14 Zentren. Bei diesen wurde die Empfehlung zur Vit.-B12-Substitution nicht ausgesprochen (4x) bzw. im Arztbrief vergessen (7x). Mitunter wurde die Empfehlung auch nur im Rahmen der Ernährungsberatung dokumentiert (2x). Die Zentren überarbeiteten Ihre Arztbriefvorlagen und veranstalteten z.T. Fortbildungen.

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

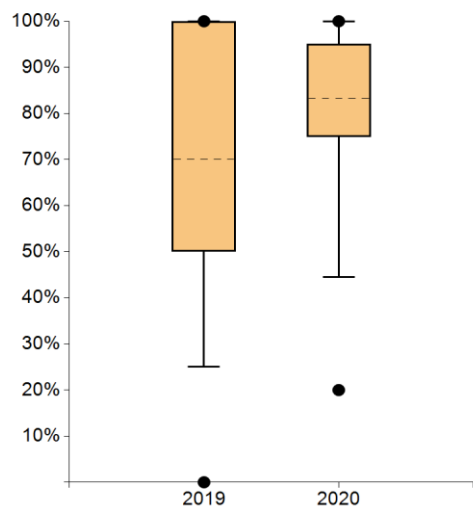


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit präoperativer Chemotherapie	5*	1 - 16	222
Nenner	Operative Primärfälle ICD-10 C16.1-16.9, cT3 oder cT4, M0	6*	1 - 16	278
Quote	Begründungspflicht*** < 80%	83,33%	20,00% - 100%	79,86%**

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

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

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



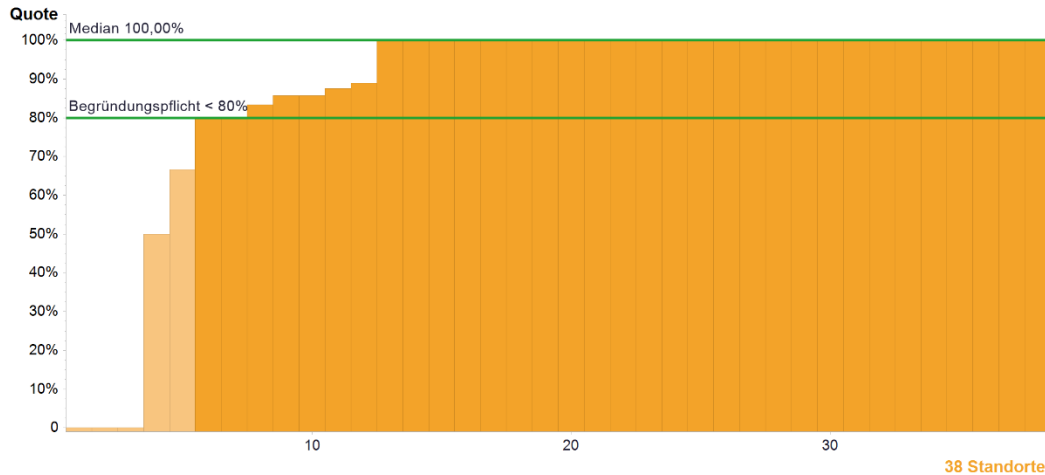
	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
75. Perzentil	----	----	----	100%	95,00%
Median	----	----	----	70,00%	83,33%
25. Perzentil	----	----	----	50,00%	75,00%
5. Perzentil	----	----	----	25,00%	44,44%
● Min	----	----	----	0,00%	20,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
39	97,50%	27	69,23%

### Anmerkungen:

Die Erfüllung dieses Leitlinien-QI hat sich deutlich verbessert. 12 Zentren lagen unter der neuen Plausibilitätsgrenze von 80%. Die Begründungen der Zentren ließen sich in den Audits plausibilisieren: Am häufigsten wurden hohes Alter (5x), eine Magenausgangsstenose (5x), Notfalleingriffe (3x), Komorbiditäten (3x) und ein abweichender Patientenwunsch (3x) genannt.

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

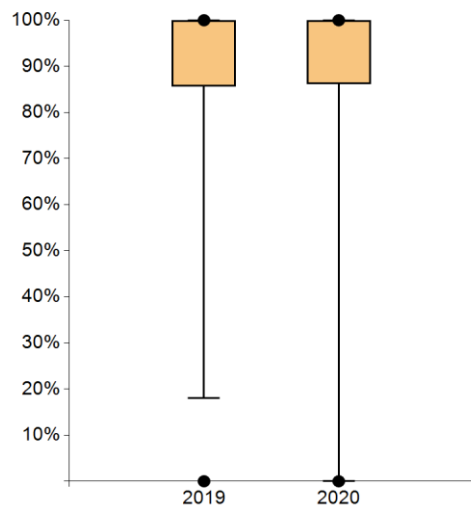


	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit präoperativer Chemotherapie oder Radiochemotherapie	4*	0 - 18	173
Nenner	Operative Primärfälle mit Adenokarzinom des ösophagogastralen Übergangs (ICD-10 C16.0) cT3 oder cT4, M0	4,5*	1 - 21	191
Quote	Begründungspflicht*** <80%	100%	0,00% - 100%	90,58%**

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

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

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



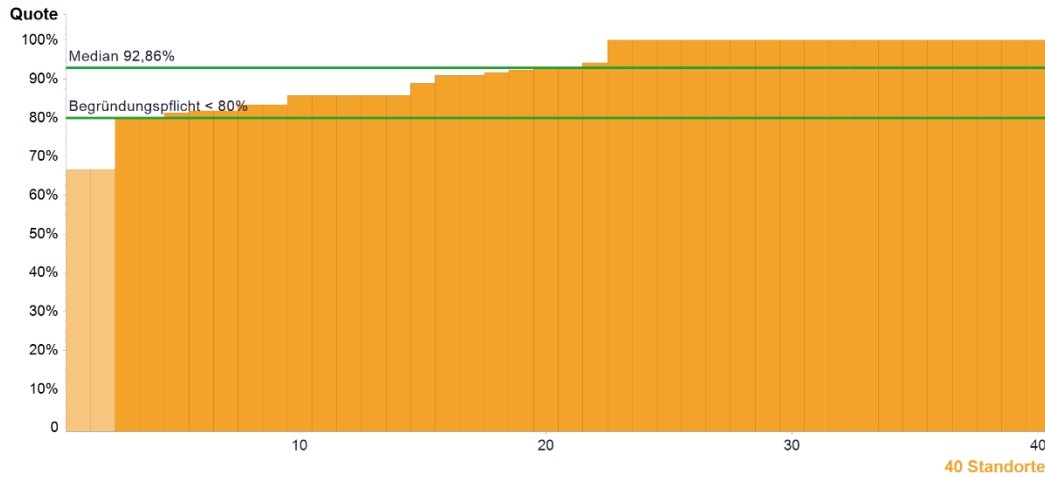
	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
75. Perzentil	----	----	----	100%	100%
Median	----	----	----	100%	100%
25. Perzentil	----	----	----	85,71%	86,16%
5. Perzentil	----	----	----	18,00%	0,00%
● Min	----	----	----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
38	95,00%	33	86,84%

### Anmerkungen:

Die Streuung dieser Kennzahl ist weiter hoch, wenngleich die meisten Zentren diesen QI der Leitlinie gut umsetzen. 4 der 5 Zentren unter 80% hatten maximal 2 Patienten im Nenner. Die Begründungen variierten stark und ließen sich auf Einzelfallentscheidungen zurückführen (hohes Alter, Patientenwunsch, Komorbiditäten, Tumorstenose, schlechter Allgemeinzustand).

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

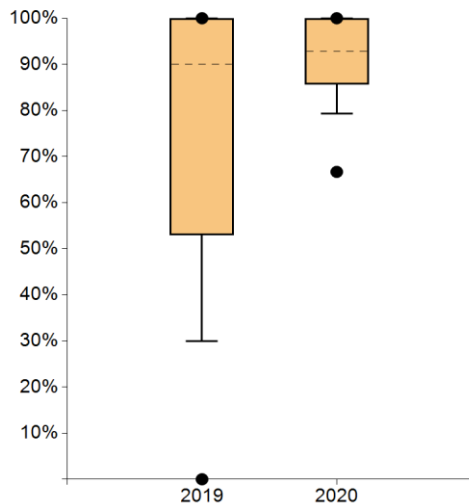


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit Bestimmung des HER-2-Status vor palliativer medikamentöser Tumortherapie	8*	2 - 26	318
Nenner	Patienten (ICD-10 C16.0, C16.1-16.9) mit palliativer medikamentöser Tumortherapie	8*	2 - 28	352
Quote	Begründungspflicht*** <80%	92,86%	66,67% - 100%	90,34%**

\* 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.



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	-----	-----	-----	100%	100%
95. Perzentil	-----	-----	-----	100%	100%
75. Perzentil	-----	-----	-----	100%	100%
Median	-----	-----	-----	90,00%	92,86%
25. Perzentil	-----	-----	-----	53,00%	85,71%
5. Perzentil	-----	-----	-----	30,00%	79,33%
● Min	-----	-----	-----	0,00%	66,67%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	38	95,00%

### Anmerkungen:

Die Umsetzung dieses QI der Leitlinie hat sich deutlich verbessert, sodass 2020 bei über 90% der Patienten mit palliativer medikamentöser Tumortherapie der HER-2-Status bestimmt wurde. Die 2 Zentren unter 80% passten ihre Standards entsprechend der Vorgabe an.

## Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Zertifizierungskommission Magenkrebszentren  
Julia Mayerle, Vorsitzende Zertifizierungskommission  
Christoph Reißfelder, Vorsitzender Zertifizierungskommission  
Simone Wesselmann, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Johannes Rückher, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Carolin Nödler, 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](http://www.onkozert.de)

Version e-A1-de; Stand 31.05.2022

**ISBN:** 978-3-948226-68-8



9 783948 226688