Kennzahlenauswertung 2023

Jahresbericht der zertifizierten Magenkrebszentren

Auditjahr 2022 / Kennzahlenjahr 2021

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

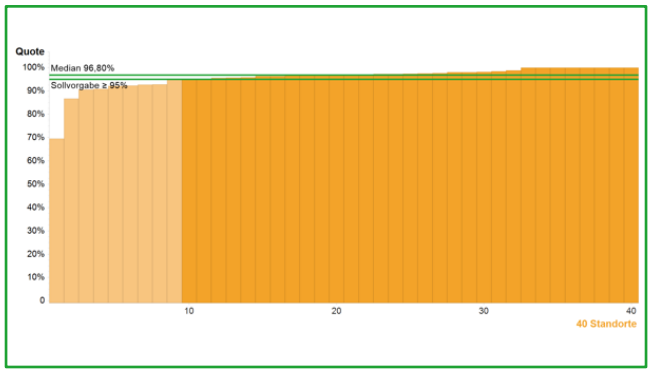
Inhaltsverzeichnis

Einleitung 3
Allgemeine Informationen 3
Stand des Zertifizierungssystems für Magenkrebszentren 2022 5
Berücksichtigte Standorte 6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten 7
Basisdatenauswertung 8
Kennzahlenauswertungen 9
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle 9
Kennzahl Nr. 1b: Pat. mit neuaufgetretenem 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 Studienpat. 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-OPs 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 Tumortherapie (LL QI) 30
Impressum 31

Hinweis: Im Sinne einer gendergerechten Sprache verwenden wir für die Begriffe „Patientinnen“, „Patienten“, „Patient*innen“ die Bezeichnung „Pat.“, die ausdrücklich jede Geschlechtszuschreibung (weiblich, männlich, divers) einschließt.

Allgemeine Informationen

	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	43*	16 - 102	1852
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	43,5*	23 - 104	1931
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,80%	69,57% - 100%	95,91%**



Grunddaten Kennzahl:

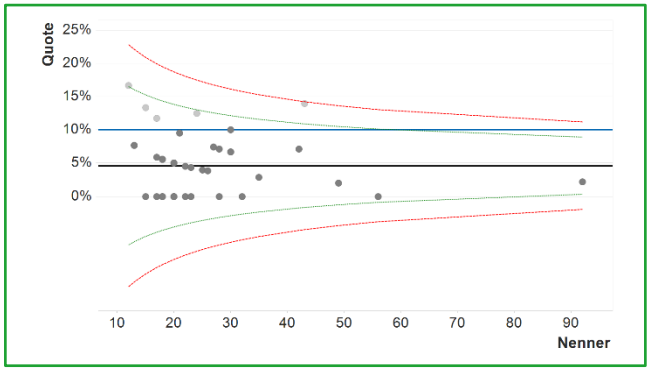
Die Definition des **Zählers**, **Nenners** und die **Sollvorgabe** sind aus dem Kennzahlenbogen entnommen.
Die Angabe des **Medians** für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.
Unter **Pat. Gesamt** ist die Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat. 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.

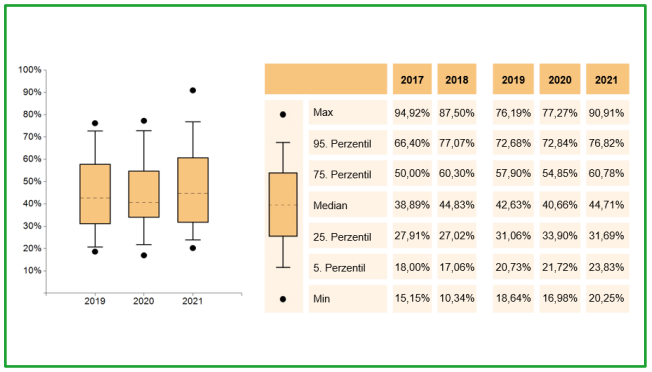
Zum Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Informationen



Funnel Plots:

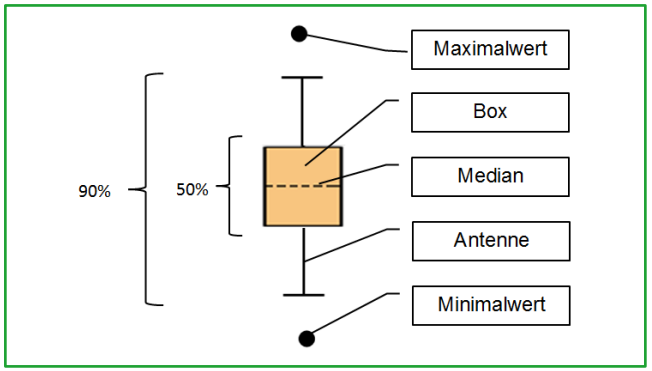
Die Funnel Plots geben bei den Qualitätsindikatoren, die als Quotient dargestellt werden, das Verhältnis von einbezogenen Pat.zahlen und Indikatorergebnis an. Die x-Achse stellt die Grundgesamtheit des Indikators (Zahlenwert des Nenners) dar, die y-Achse das Ergebnis des Indikators für das jeweilige 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.



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	94,92%	87,50%	76,19%	77,27%	90,91%
95. Perzentil	66,40%	77,07%	72,68%	72,84%	76,82%
75. Perzentil	50,00%	60,30%	57,90%	54,85%	60,78%
Median	38,89%	44,83%	42,63%	40,66%	44,71%
25. Perzentil	27,91%	27,02%	31,06%	33,90%	31,69%
5. Perzentil	18,00%	17,06%	20,73%	21,72%	23,83%
Min	15,15%	10,34%	18,64%	16,98%	20,25%

Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2017, 2018, 2019, 2020** und **2021** 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 Prozent der Zentren. Die Extremwerte werden hier als Punkte abgebildet.

Zum Inhaltsverzeichnis

Stand des Zertifizierungssystems für Magenkrebszentren 2022

	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017
Laufende Verfahren	2	3	3	2	2	5
Zertifizierte Zentren	41	41	36	38	36	27
Zertifizierte Standorte	41	42	38	40	38	29

Zum Inhaltsverzeichnis

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	40	40	36	39	33	20
entspricht	97,6%	95,2%	94,7%	97,5%	86,8%	68,9%

Primärfälle gesamt*	1.931	1.881	1.655	1.394	1.204	983
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	48,3	47,0	45,9	35,7	36,5	49
Primärfälle pro Standort (Median)*	43,5	44,5	43	35	35	44,5

* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

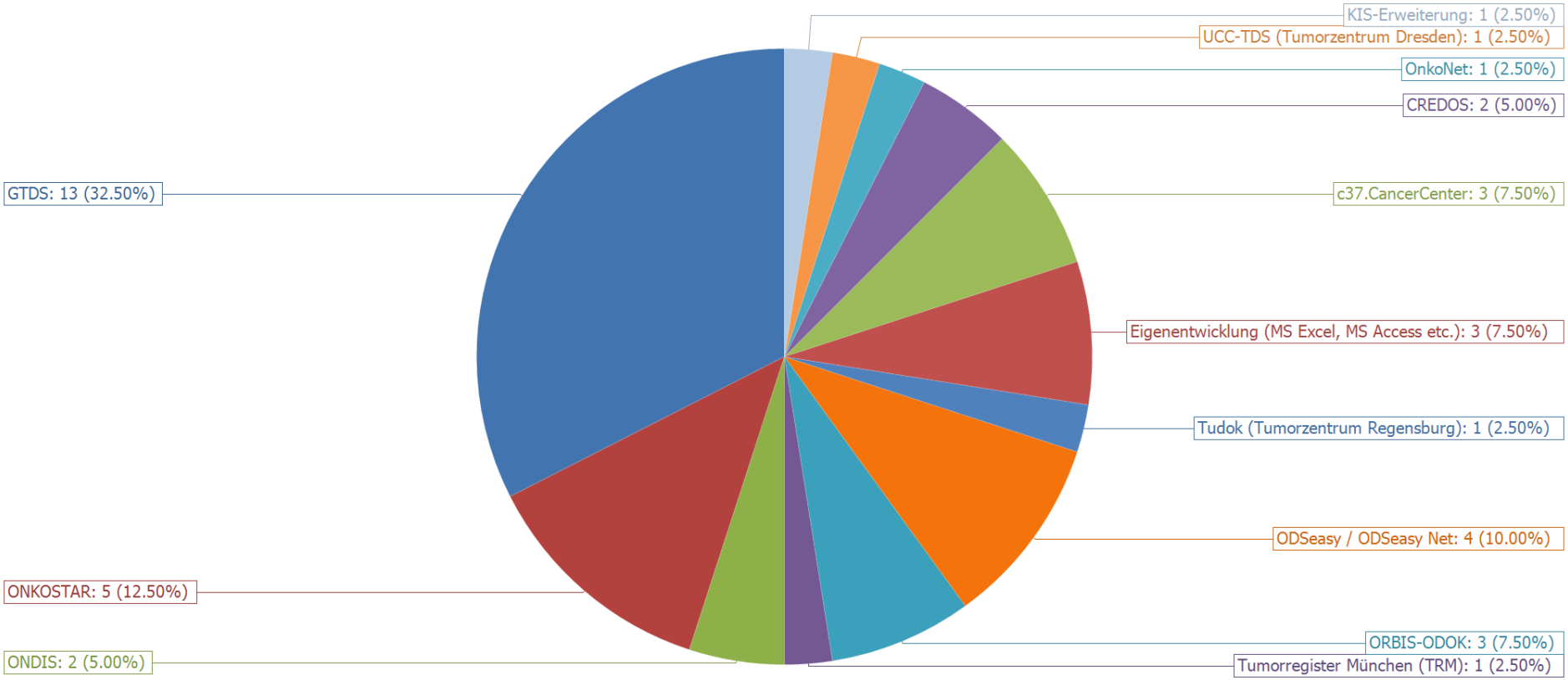
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Magenkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 40 der 41 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen ist 1 Standort, welcher im Jahr 2022 zum ersten Mal zertifiziert wurde (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend).
In 41 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 1.980 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de aufgeführt.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2021. Sie stellen für die in 2022 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

Zum Inhaltsverzeichnis

Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten

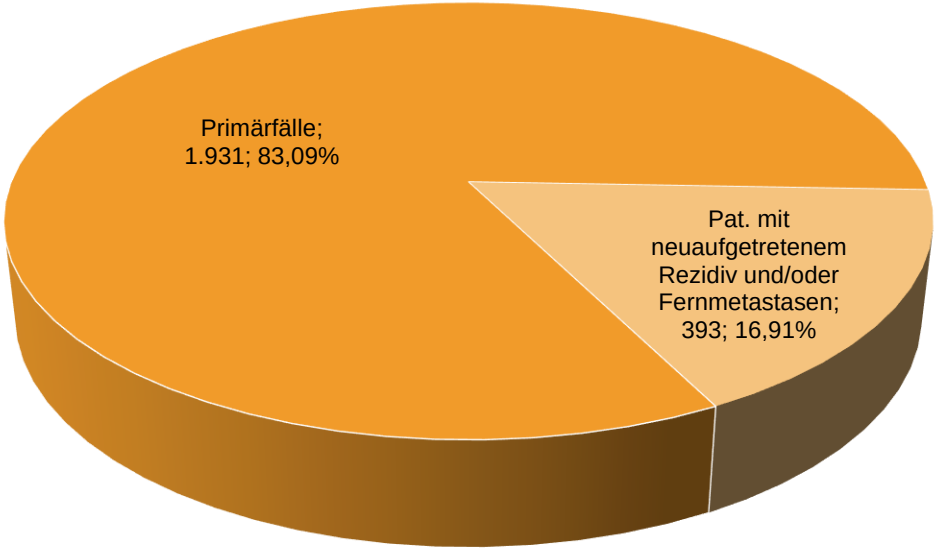


Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum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

Zum Inhaltsverzeichnis

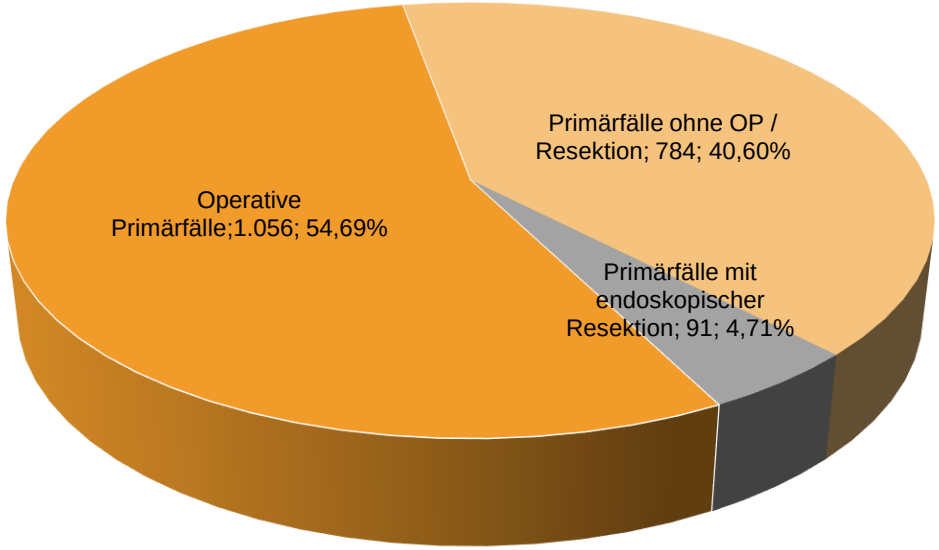
Basisdaten – Verteilung Zentrumsfälle und Primärfälle Magenkrebszentren

Zentrumsfälle



Primärfälle	Pat. mit neuaufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	Zentrumsfälle
1.931 (83,09%)	393 (16,91%)	2.324 (100%)

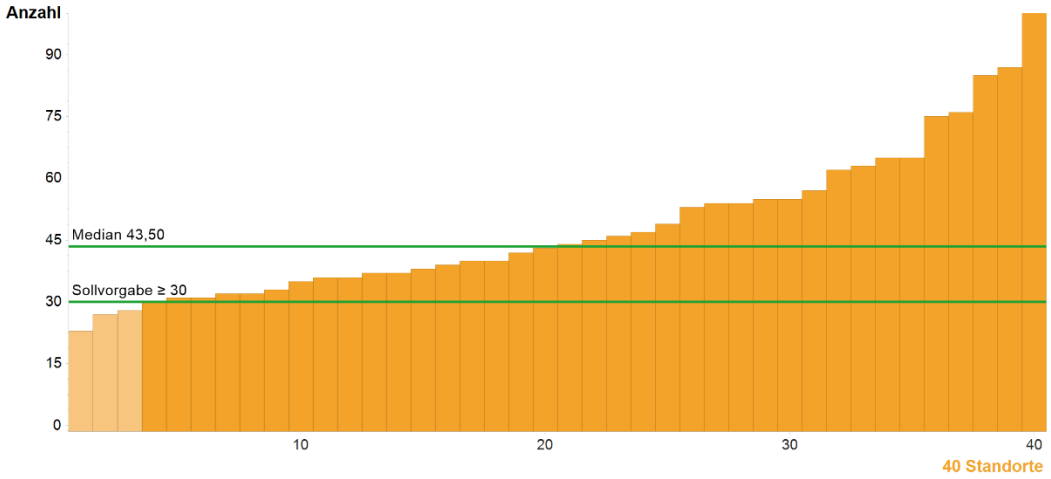
Primärfälle



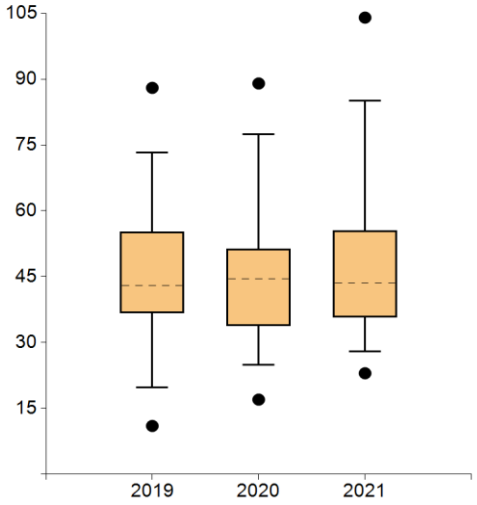
Operative Primärfälle	Primärfälle mit endoskopischer Resektion	Primärfälle ohne OP / Resektion	Primärfälle gesamt
1.056 (54,69%)	91 (4,71%)	784 (40,60%)	1.931 (100%)

Zum Inhaltsverzeichnis

1a. Primärfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	43,5	23 - 104	1931
	Sollvorgabe ≥ 30			



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	68,00	77,00	88,00	89,00	104,00
95. Perzentil	58,00	57,00	73,25	77,45	85,10
75. Perzentil	43,00	40,50	55,25	51,25	55,50
Median	35,00	35,00	43,00	44,50	43,50
25. Perzentil	30,00	28,00	36,75	33,75	35,75
5. Perzentil	21,60	19,00	19,75	24,90	27,95
Min	18,00	16,00	11,00	17,00	23,00

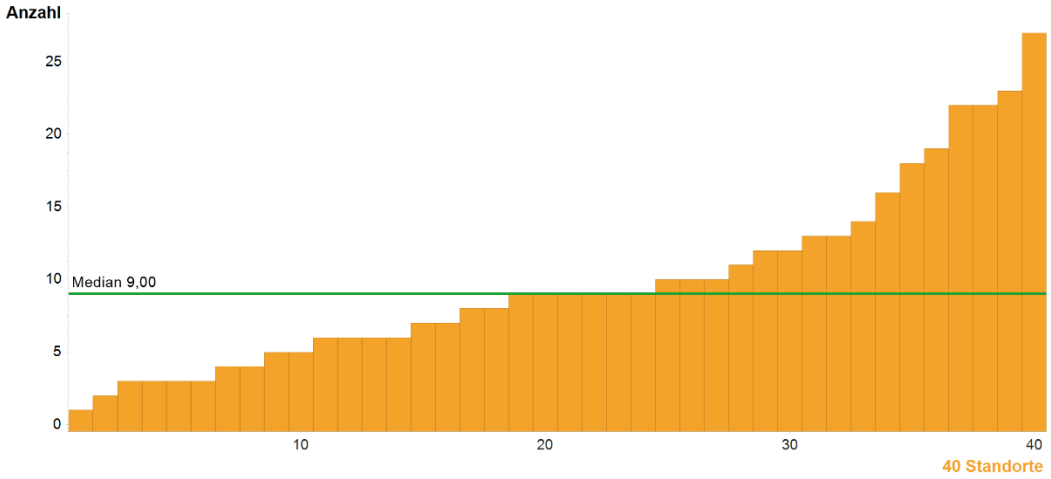
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	37	92,50%

Anmerkungen:
Bei einer gleichbleibenden Zahl von Standorten ist die Primärfallzahl insgesamt leicht um 50 Fälle (+2,66%) angestiegen. Wie bereits im Vorjahr haben 3 Zentren die Sollvorgabe von mind. 30 Primärfällen verfehlt. Es handelte sich in den beiden Jahren jeweils um unterschiedliche Zentren. Die Zentren, die 2021 die Primärfallzahlen unterschritten, befanden sich allesamt im Überwachungsaudit, sodass dies nicht zu einem Entzug des Zertifikats führte. Zum Wiederholaudit müssen die geforderten Primärfallzahlen dann im Durchschnitt der letzten 3 Jahre nachgewiesen werden.

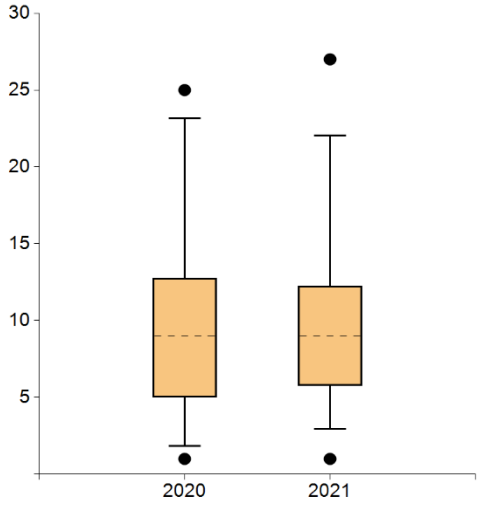
Δ Anpassung der Primärfalldefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

Zum Inhaltsverzeichnis

1b. Pat. mit neuaufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuaufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	9	1 - 27	393
	Keine Sollvorgabe			



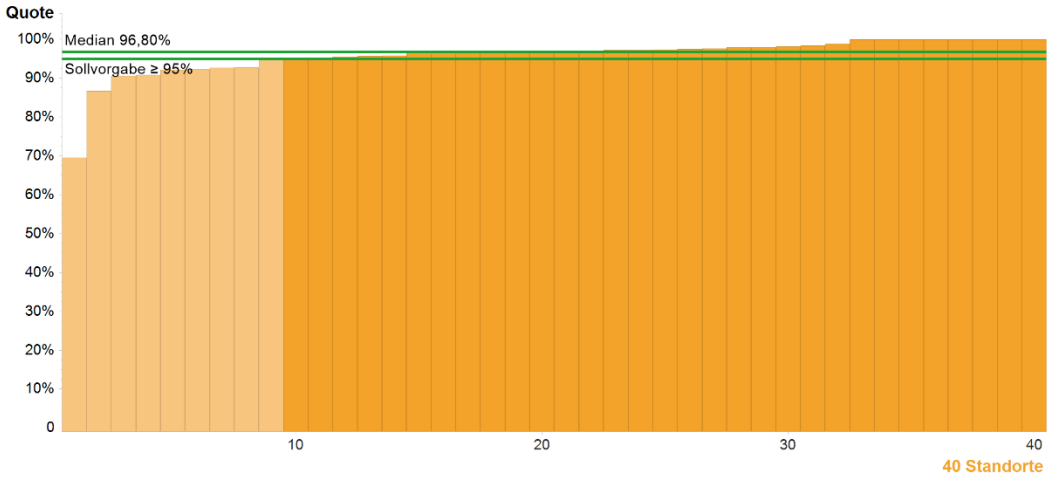
	2017	2018	2019	2020	2021
Max	-----	-----	-----	25,00	27,00
95. Perzentil	-----	-----	-----	23,15	22,05
75. Perzentil	-----	-----	-----	12,75	12,25
Median	-----	-----	-----	9,00	9,00
25. Perzentil	-----	-----	-----	5,00	5,75
5. Perzentil	-----	-----	-----	1,85	2,95
Min	-----	-----	-----	1,00	1,00

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

Anmerkungen:
Die Zahl der Fälle mit neuaufgetretenem Rezidiv oder sekundärer Fernmetastasierung werden seit 2020 erhoben, ohne dass eine Sollvorgabe hinterlegt ist. Der Median bewegt sich mit 9 Fällen auf Vorjahresniveau.

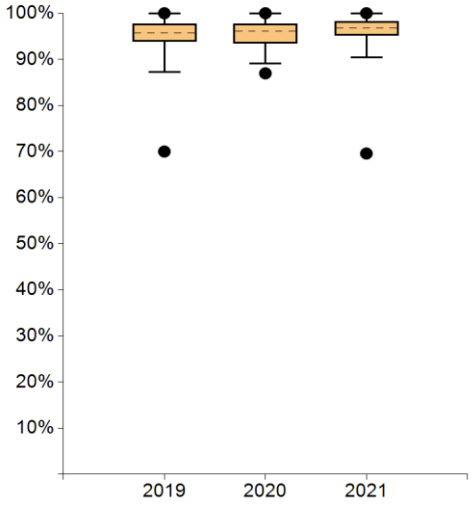
Zum Inhaltsverzeichnis

2. Prätherapeutische Fallvorstellung



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	43*	16 - 102	1852
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	43,5*	23 - 104	1931
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,80%	69,57% - 100%	95,91%**

* 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 Pat.



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	97,14%	97,42%	97,63%	97,63%	98,23%
Median	94,59%	96,15%	95,74%	96,08%	96,80%
25. Perzentil	92,00%	93,30%	93,80%	93,47%	95,12%
5. Perzentil	79,95%	88,88%	87,28%	89,12%	90,43%
Min	76,47%	84,62%	70,00%	86,96%	69,57%

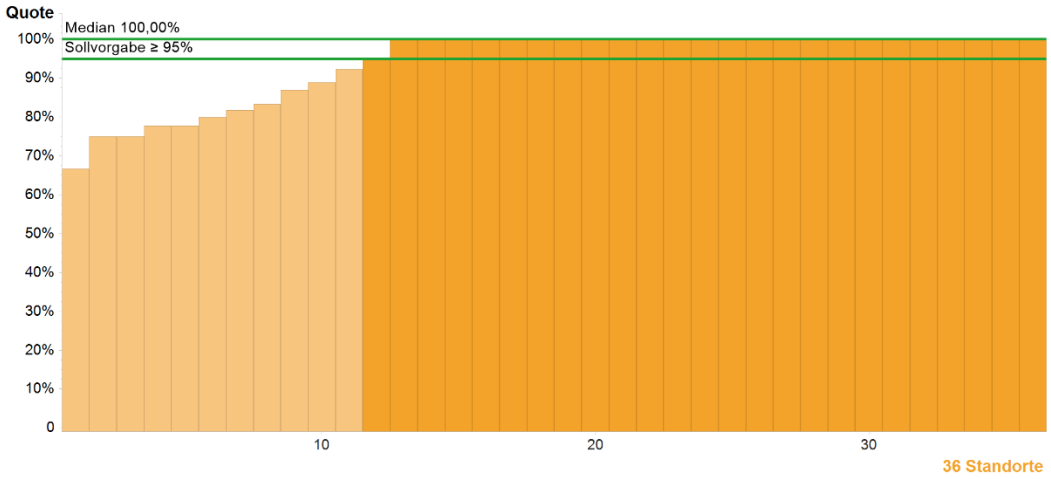
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	31	77,50%

Anmerkungen:
Bei leicht angestiegenem Median verringert sich die Zahl der Zentren, die die Sollvorgabe von ≥ 95% nicht erfüllen, von 14 auf 9. Jeweils 3 Zentren begründeten dies mit bereits auswärts begonnenen Therapien, endoskopischer Abtragung und erst postinterventioneller Vorstellung, Versäumnissen, Notfalleingriffen und erst postinterventionellem Malignitätsnachweis. Die Fachexperten wiesen – sofern die Begründungen nicht plausibilisierbar waren – auf die Notwendigkeit einer konsequenten Vorstellung hin.

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)

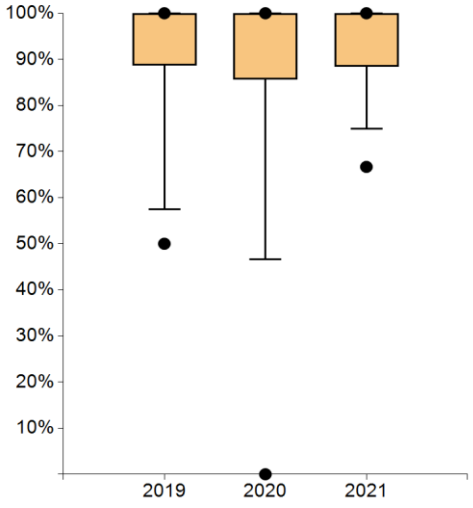
Zum Inhaltsverzeichnis

3. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	7*	2 - 20	274
Nenner	Pat. mit Rezidiv	8*	2 - 23	292
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	66,67% - 100%	93,84%**

* 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 Pat.



	2017	2018	2019	2020	2021
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	86,67%	91,46%	88,68%	85,71%	88,41%
5. Perzentil	76,50%	61,75%	57,50%	46,67%	75,00%
Min	50,00%	50,00%	50,00%	0,00%	66,67%

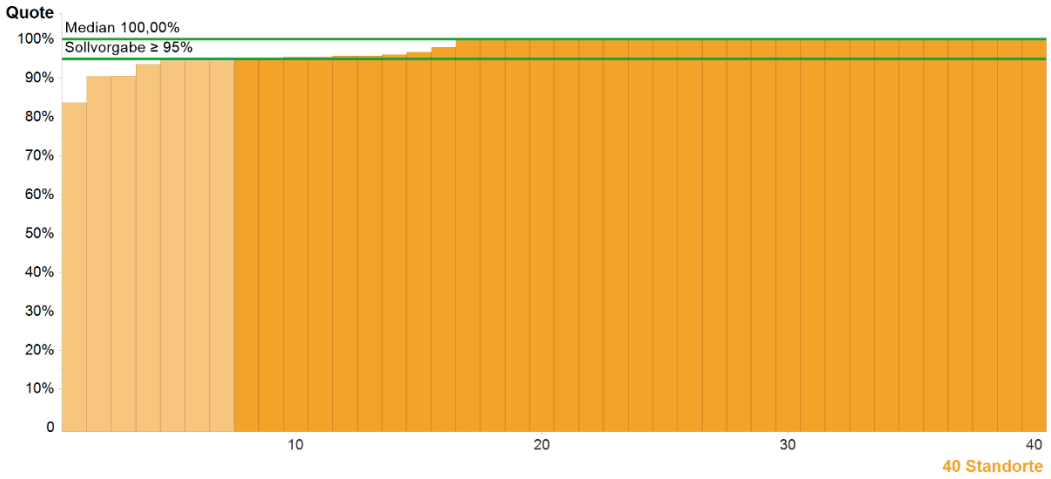
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
36	90,00%	25	69,44%

Anmerkungen:
Insbesondere im Bereich der unteren Perzentilen haben sich die Vorstellungsquoten verbessert. Die Zahl der Zentren unterhalb der Sollvorgabe sinkt von 14 auf 11. Die betroffenen Zentren verwiesen meist auf weit fortgeschrittene bzw. hochpalliative Befunde (3x) sowie auf Versäumnisse im Einzelfall (4x). Häufig wurden die Gründe für eine unterlassene Vorstellung in Qualitätszirkeln thematisiert, um die Vorstellungsquote künftig zu erhöhen.

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)

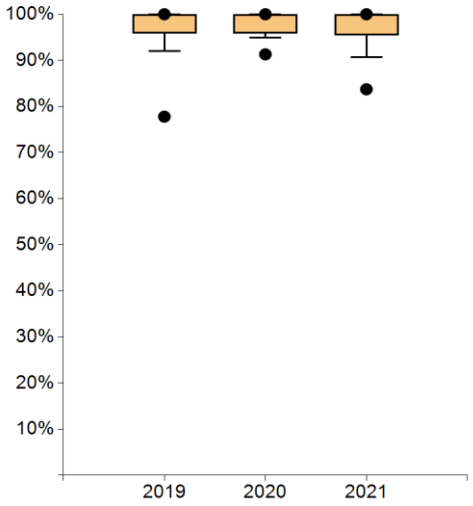
Zum Inhaltsverzeichnis

4. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	22*	12 - 89	1026
Nenner	Operative Primärfälle (= Kennzahl 11)	22,5*	12 - 92	1056
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	83,72% - 100%	97,16%**

* 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 Pat.



	2017	2018	2019	2020	2021
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	95,00%	95,35%	95,83%	95,83%	95,45%
5. Perzentil	89,56%	89,89%	91,94%	94,88%	90,62%
Min	86,96%	86,36%	77,78%	91,30%	83,72%

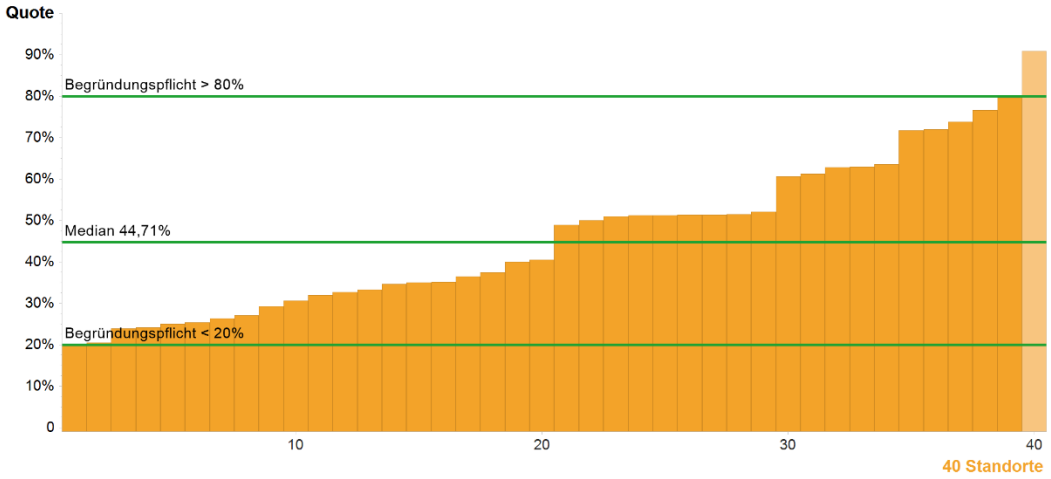
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	33	82,50%

Anmerkungen:
Die Erfüllung dieser Kennzahl hat sich im Vorjahresvergleich etwas verschlechtert. 5 Zentren mehr als im Vorjahr haben die Sollvorgabe verfehlt. Dies lag ausschließlich an unmittelbar postoperativ verstorbenen Pat.. Die Fachexperten wiesen darauf hin, dass auch diese Fälle in der Tumorkonferenz zu besprechen sind.

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)

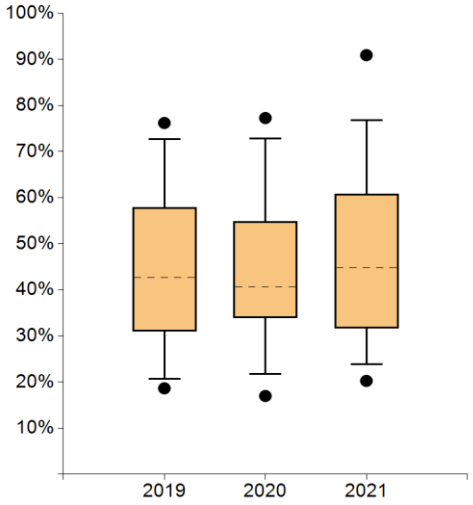
Zum Inhaltsverzeichnis

5. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	21,5*	8 - 80	1057
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuaufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	52,5*	32 - 110	2324
Quote	Begründungspflicht*** <20% und >80%	44,71%	20,25% - 90,91%	45,48%**

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



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	94,92%	87,50%	76,19%	77,27%	90,91%
95. Perzentil	66,40%	77,07%	72,68%	72,84%	76,82%
75. Perzentil	50,00%	60,30%	57,90%	54,85%	60,78%
Median	38,89%	44,83%	42,63%	40,66%	44,71%
25. Perzentil	27,91%	27,02%	31,06%	33,90%	31,69%
5. Perzentil	18,00%	17,06%	20,73%	21,72%	23,83%
Min	15,15%	10,34%	18,64%	16,98%	20,25%

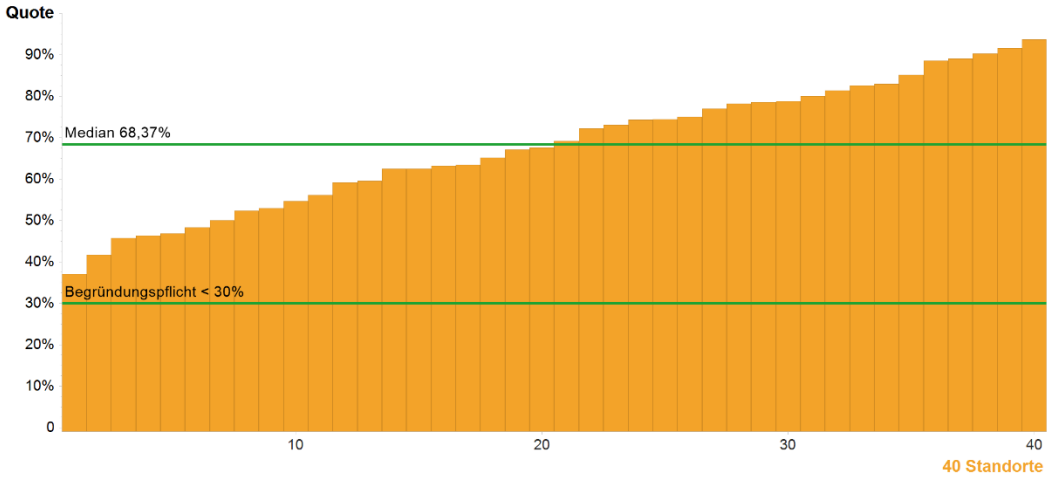
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	39	97,50%

Anmerkungen:
Die Rate der psychoonkologischen Betreuung hat sich weiter verbessert. Kein einziges Zentrum lag unter einer Quote von 20%, was im Vorjahr noch für eines der Zentren gegolten hatte. Das Zentrum außerhalb des Zielwertkorridors verzeichnete sogar eine Quote von ca. 90%.

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)

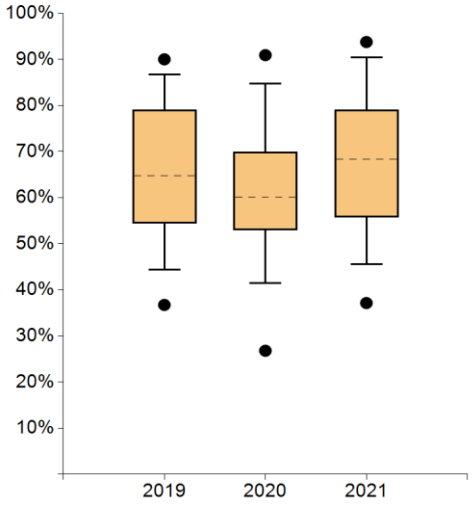
Zum Inhaltsverzeichnis

6. Beratung Sozialdienst



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	37,5*	13 - 98	1600
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuaufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	52,5*	32 - 110	2324
Quote	Begründungspflicht*** <30%	68,37%	37,14% - 93,75%	68,85%**

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



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	94,92%	97,50%	90,00%	90,91%	93,75%
95. Perzentil	86,32%	86,68%	86,73%	84,73%	90,39%
75. Perzentil	73,13%	76,91%	78,98%	69,95%	79,09%
Median	63,89%	68,33%	64,69%	60,07%	68,37%
25. Perzentil	52,38%	58,17%	54,38%	52,98%	55,76%
5. Perzentil	41,70%	50,00%	44,43%	41,44%	45,63%
Min	40,00%	34,29%	36,73%	26,79%	37,14%

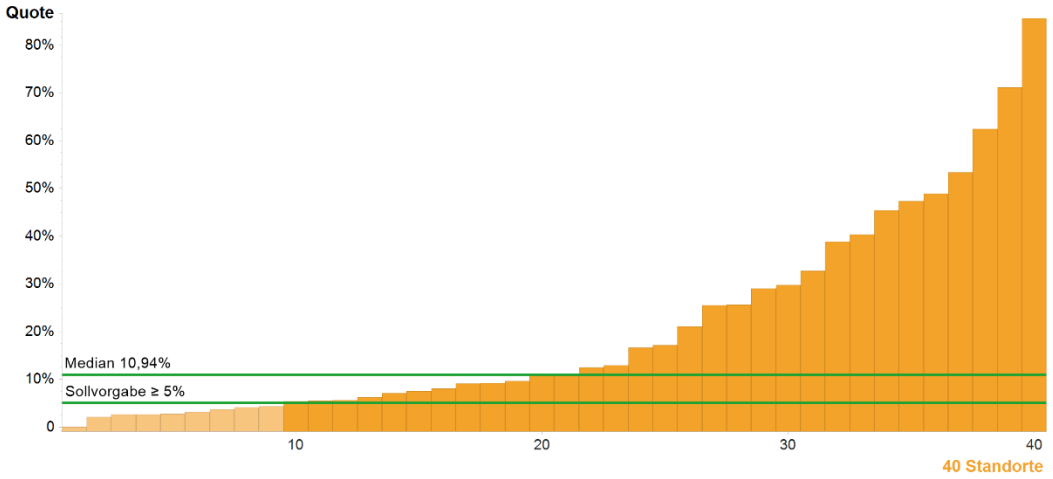
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	40	100,00%

Anmerkungen:
Die Betreuungsquote für den Sozialdienst ist deutlich höher als in den Vorjahren 2020 und 2019. Alle Zentren lagen über der mit einer Begründungspflicht einhergehenden Quote von 30%.

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)

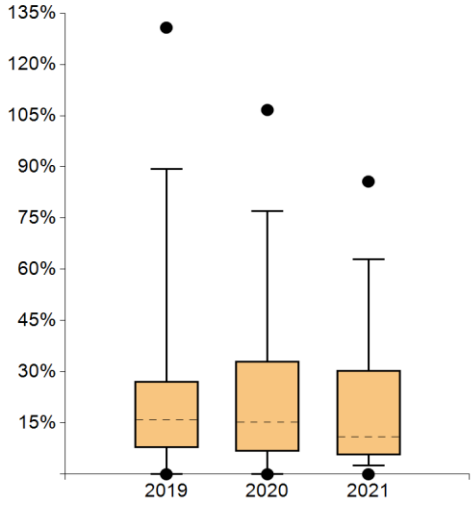
Zum Inhaltsverzeichnis

7. Anteil Studienpat.



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. mit Magenkarzinom, die in eine Studie eingebracht wurden	6*	0 - 74	421
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	43,5*	23 - 104	1931
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	10,94%	0,00% - 85,71%	21,80%**

* 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 Pat.



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	150,00%	271,43%	130,77%	106,67%	85,71%
95. Perzentil	74,80%	78,83%	89,32%	76,99%	62,93%
75. Perzentil	27,78%	29,13%	27,13%	33,18%	30,48%
Median	15,69%	12,90%	15,96%	15,17%	10,94%
25. Perzentil	4,76%	6,19%	7,78%	6,68%	5,53%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,61%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

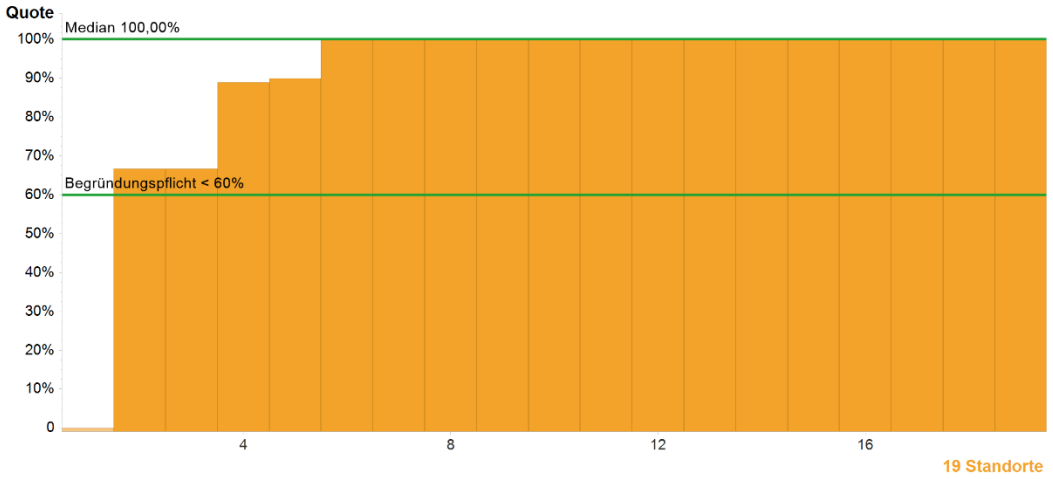
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	31	77,50%

Anmerkungen:
Die Studienquote ist im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen. Wie im Vorjahr haben 9 Zentren die Sollvorgabe verfehlt. 2 Zentren verfehlten in beiden Jahren die Sollvorgabe. Die insgesamt oft schwierige Studienlage beim Magenkarzinom spiegelt sich in einer Vielzahl von Begründungen seitens der Zentren wider (nicht erfüllte Einschlusskriterien, wenige verfügbare Studien, Einstellen von Registern, aber auch hausinterne Prozessprobleme). Ein Zentrum erhielt aufgrund einer Quote von 0% eine Abweichung.

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)

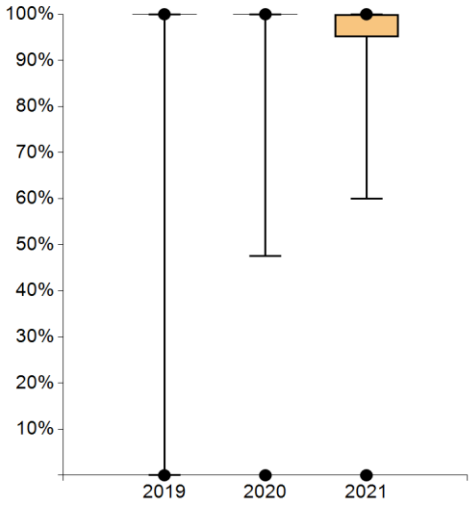
Zum Inhaltsverzeichnis

8. Endoskopische En-bloc Resektionen (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit En-bloc Resektion	2*	0 - 9	51
Nenner	Primärfälle mit endoskopischer Resektion	2*	1 - 10	56
Quote	Begründungspflicht*** <60%	100%	0,00% - 100%	91,07%**

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



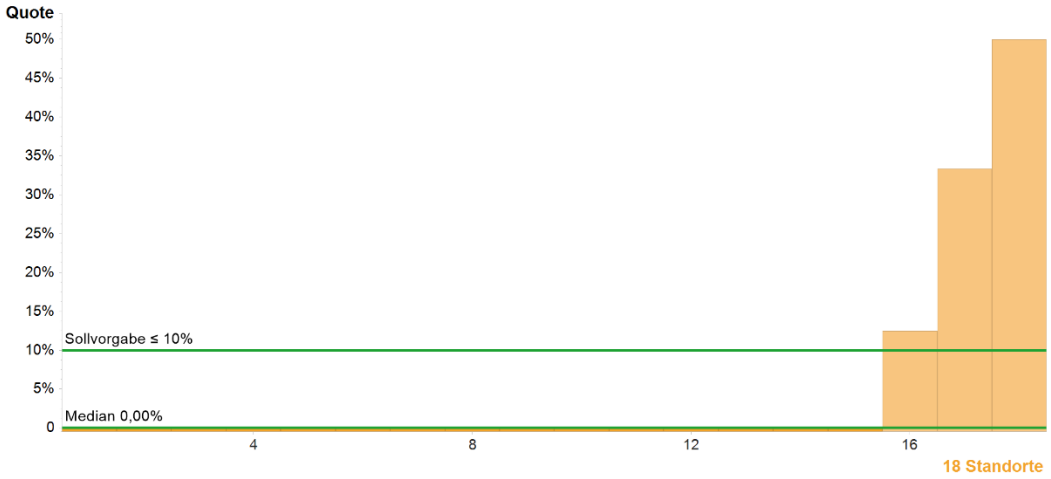
	2017	2018	2019	2020	2021
Max	-----	-----	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	-----	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	-----	100%	100%	100%
Median	-----	-----	100%	100%	100%
25. Perzentil	-----	-----	100%	100%	95,00%
5. Perzentil	-----	-----	0,00%	47,50%	60,00%
Min	-----	-----	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
19	47,50%	18	94,74%

Anmerkungen:
Die Gesamtquote ist im Vergleich zum Vorjahr weiter angestiegen auf nun über 90%. 1 Zentrum (Vorjahr: 2) war mit einer Quote von 0% begründungspflichtig. Das Zentrum hatte nur 1 Pat. im Nenner. Hier war aufgrund anatomischer Gegebenheiten keine En-bloc-Resektion möglich. Bei der Interpretation sind die kleinen Pat.zahlen zu berücksichtigen. 21 Zentren hatten keinen einzigen Pat. im Nenner.

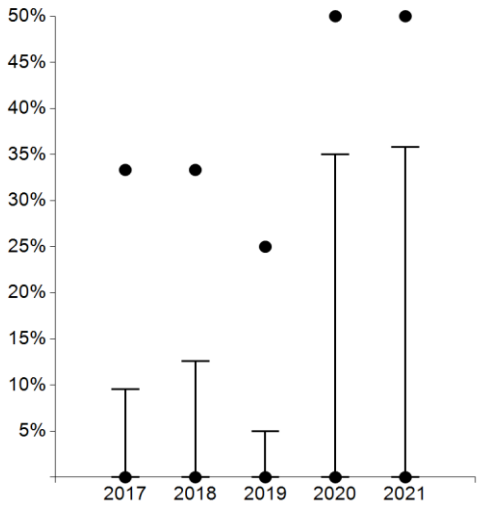
Zum Inhaltsverzeichnis

9. Komplikationen endoskopische En-bloc-Resektion



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Komplikationen (Blutung, Perforation)	0*	0 - 1	3
Nenner	Primärfälle mit endoskopischer En-bloc-Resektion	2*	1 - 9	51
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	0,00%	0,00% - 50,00%	5,88%**

* 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 Pat.



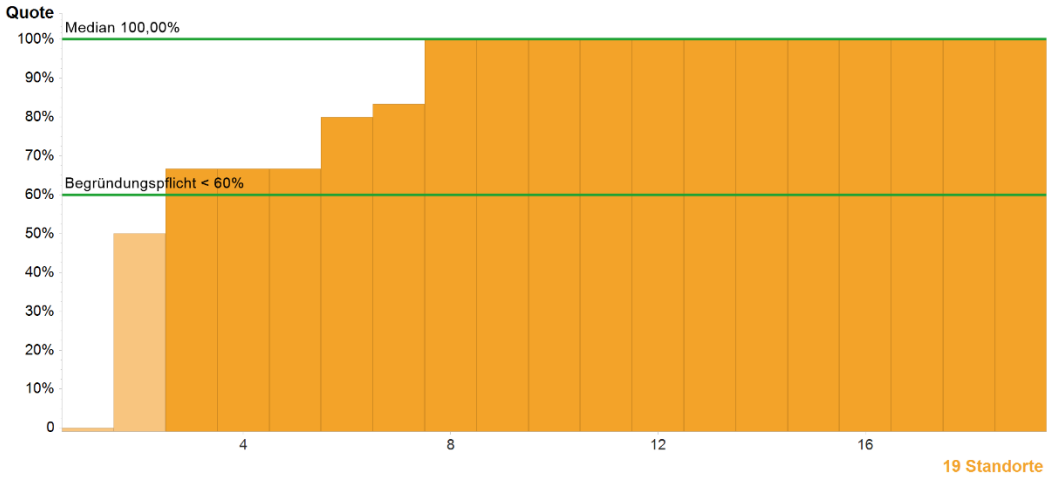
	2017	2018	2019	2020	2021
Max	33,33%	33,33%	25,00%	50,00%	50,00%
95. Perzentil	9,58%	12,57%	5,00%	35,00%	35,83%
75. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Median	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
25. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
18	45,00%	15	83,33%

Anmerkungen:
Bei einer insgesamt stabilen Komplikationsrate hat 1 Zentrum mehr als im Vorjahr die Sollvorgabe verfehlt. Bei allen Zentren war jeweils nur 1 Patient mit Komplikationen für die Quote über 10% verantwortlich.

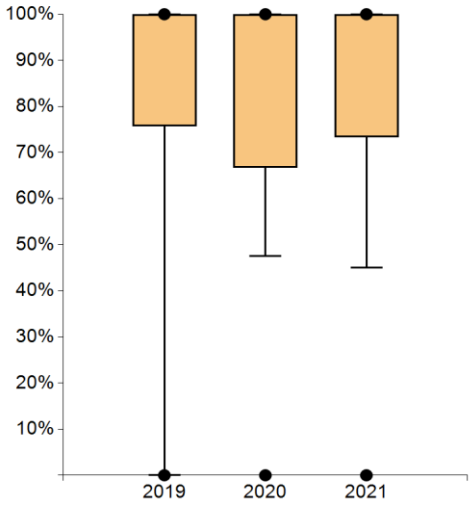
Zum Inhaltsverzeichnis

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



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit R0 nach abgeschlossener endoskopischer Therapie	2*	0 - 8	46
Nenner	Primärfälle mit endoskopischer Resektion	2*	1 - 10	56
Quote	Begründungspflicht*** <60%	100%	0,00% - 100%	82,14%**

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



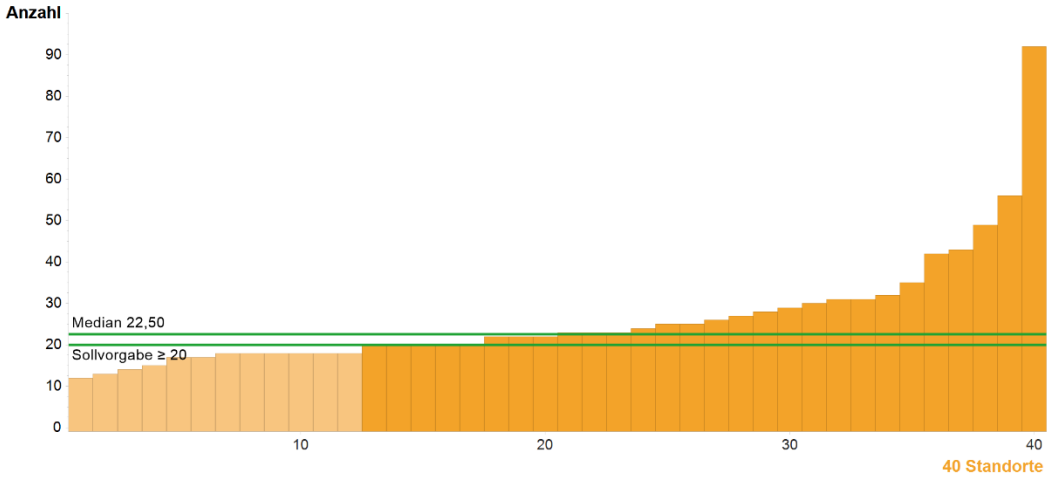
	2017	2018	2019	2020	2021
Max	-----	-----	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	-----	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	-----	100%	100%	100%
Median	-----	-----	100%	100%	100%
25. Perzentil	-----	-----	75,72%	66,67%	73,34%
5. Perzentil	-----	-----	0,00%	47,50%	45,00%
Min	-----	-----	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
19	47,50%	17	89,47%

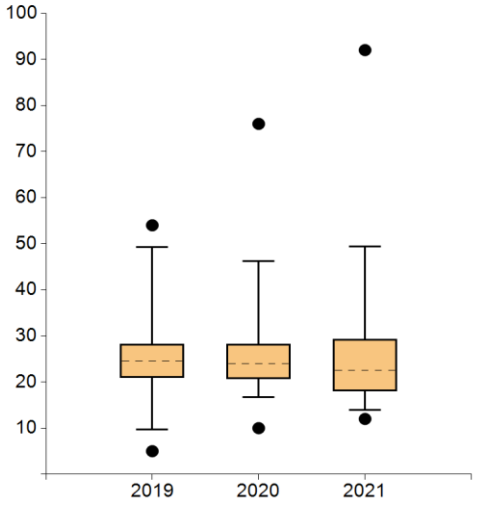
Anmerkungen:
Die Gesamt-R0-Rate bei den endoskopischen Resektionen hat sich leicht erhöht. Nur noch 2 Zentren (Vorjahr: 4) lagen unter einer Quote von 60%. Beide Zentren hatten nur 1 bzw. 2 Pat. im Nenner. In einem Fall hatte der Patient eine onkologische Resektion abgelehnt.

Zum Inhaltsverzeichnis

11. Operative Primärfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle (ICD-10 C16.0, C16.1-16.9 mit OPS:5-425*, 5-426*, 5-435* bis 5-438*)	22,5	12 - 92	1056
	Sollvorgabe ≥ 20			



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	44,00	45,00	54,00	76,00	92,00
95. Perzentil	36,60	36,70	49,25	46,25	49,35
75. Perzentil	25,00	24,50	28,25	28,25	29,25
Median	21,00	22,00	24,50	24,00	22,50
25. Perzentil	20,00	17,50	21,00	20,75	18,00
5. Perzentil	12,00	9,90	9,75	16,70	13,95
Min	8,00	6,00	5,00	10,00	12,00

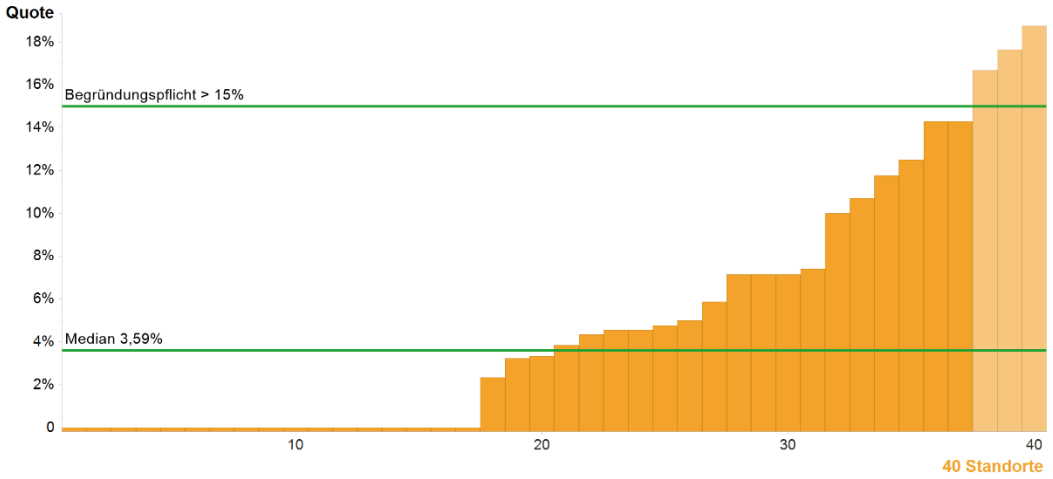
Δ Anpassung der Primärfalldefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	28	70,00%

Anmerkungen:
Die Zahl der operativen Primärfälle insgesamt ist bei ansteigender Primärfallzahl (+55) leicht (-12 Fälle) zurückgegangen; dabei hat der Anteil endoskopischer Resektionen von 7,6% auf 8,6% diskret zugenommen. Mit 12 Zentren verfehlen 7 mehr als im Vorjahr die Sollvorgabe. 6 verwiesen auf weiter bestehende Auswirkungen der Covid-Pandemie, 2 Zentren beobachteten einen höheren Anteil inoperabler Pat. Maßnahmen umfassten insbesondere die Pat.akquise und Zuweiserkontaktpflege. Von den 12 Zentren befanden sich 7 im Überwachungsaudit, sodass eine Unterschreitung der Sollvorgabe keine Auswirkung auf das Zertifikat hatte. Von den 5 Zentren im Wiederholaudit (WA) konnten 2 die Covid-Ausnahmeregelung anwenden und das Jahr 2020 aus der Berechnung ausblenden (dafür Hinzunahme 2018). Die anderen 3 Zentren erfüllten die Zahlen im Schnitt der letzten 3 Jahre. Wegen geringer Fallzahlen im letzten Kalenderjahr erhielten 2 der Zentren im WA ein Zertifikat mit reduzierter Gültigkeit (12 Monate).

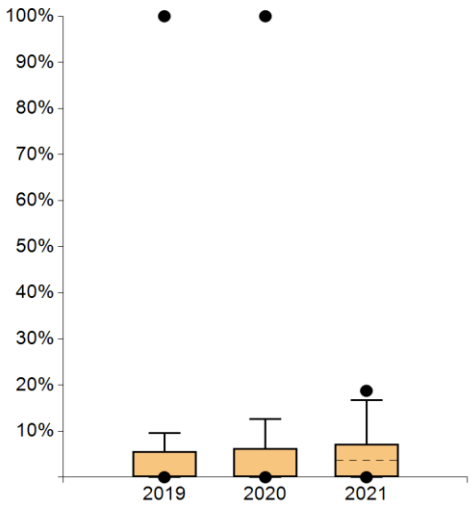
Zum Inhaltsverzeichnis

12. Anastomoseninsuffizienz Grad III (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Anastomoseninsuffizienz Grad III	1*	0 - 3	37
Nenner	Operative Primärfälle (ICD-10 C16.0[1)], C16.1-16.9) mit Rekonstruktion mittels Anastomose	17*	5 - 44	754
Quote	Begründungspflicht*** >15%	3,59%	0,00% - 18,75%	4,91%**

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



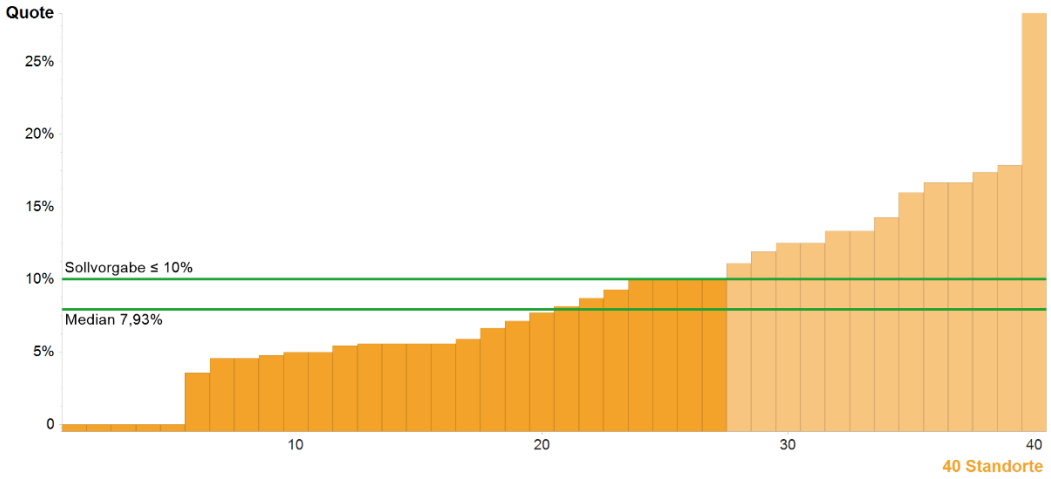
	2017	2018	2019	2020	2021
Max	-----	-----	100%	100%	18,75%
95. Perzentil	-----	-----	9,58%	12,64%	16,72%
75. Perzentil	-----	-----	5,56%	6,25%	7,21%
Median	-----	-----	0,00%	0,00%	3,59%
25. Perzentil	-----	-----	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	-----	-----	0,00%	0,00%	0,00%
Min	-----	-----	0,00%	0,00%	0,00%

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

Anmerkungen:
Bei deutlich rückläufiger Spannweite der Werte ist der Median der Anastomoseninsuffizienzquote leicht angestiegen. 3 Zentren (Vorjahr: 2) lagen knapp über der 15%-Grenze. Die entsprechenden Fälle (2 bzw. 3 pro Zentrum) wurden in den Audits plausibilisiert bzw. besprochen.

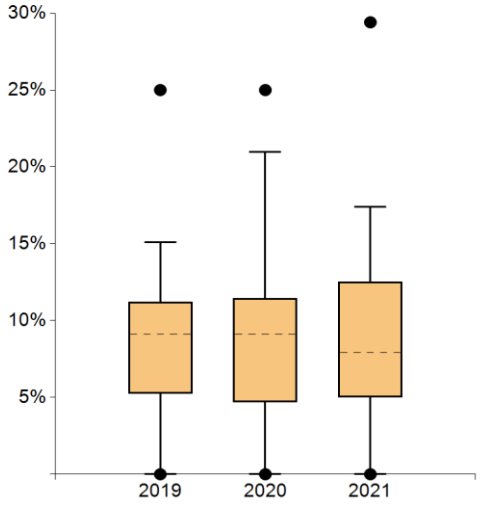
Zum Inhaltsverzeichnis

13. Revisions-OPs



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Revisions-OPs infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	2*	0 - 5	91
Nenner	Elektive Operative Primärfälle	21,5*	12 - 92	1037
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	7,93%	0,00% - 29,41%	8,78%**

* 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 Pat.



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	50,00%	28,57%	25,00%	25,00%	29,41%
95. Perzentil	24,00%	21,84%	15,11%	20,98%	17,41%
75. Perzentil	16,67%	12,32%	11,22%	11,46%	12,50%
Median	8,33%	8,70%	9,09%	9,09%	7,93%
25. Perzentil	5,00%	4,55%	5,26%	4,71%	5,00%
5. Perzentil	3,54%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

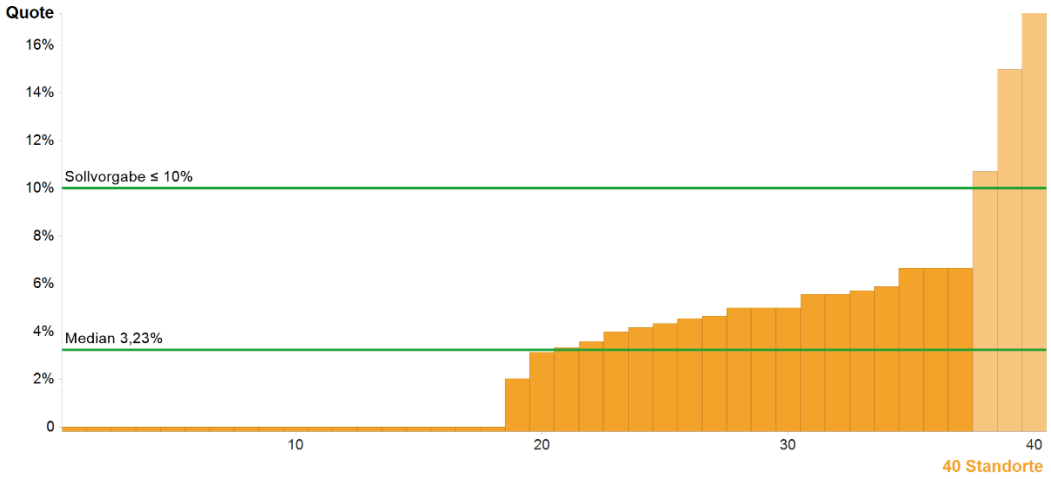
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	27	67,50%

Anmerkungen:
Bei gesunkenem Median bewegt sich die Gesamtrevisionsrate ungefähr auf Vorjahresniveau. Erneut haben 13 Zentren die Sollvorgabe verfehlt. Davon waren 7 bereits im Vorjahr auffällig gewesen. Häufigste Gründe waren Anastomoseninsuffizienzen (5 Nennungen), Ileus (5x), ausgedehnte Tumoren (3x) und Komorbiditäten (3x). Die meisten Begründungen ließen sich in den Audits plausibilisieren. Vereinzelt wurden Hinweise ausgesprochen. Einige Zentren veranstalteten M&M-Konferenzen bzw. überprüften ihre OP-Prozesse und -Techniken.

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)

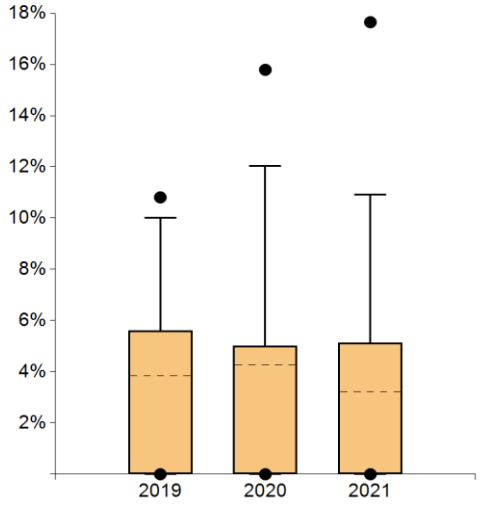
Zum Inhaltsverzeichnis

14. Postoperative Wundinfektion



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. 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 - 3	31
Nenner	Elektive Operative Primärfälle	21,5*	12 - 92	1037
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	3,23%	0,00% - 17,65%	2,99%**

* 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 Pat.



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	19,23%	17,39%	10,81%	15,79%	17,65%
95. Perzentil	15,01%	11,95%	10,00%	12,03%	10,92%
75. Perzentil	6,06%	6,46%	5,61%	5,00%	5,14%
Median	4,35%	4,35%	3,85%	4,26%	3,23%
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%

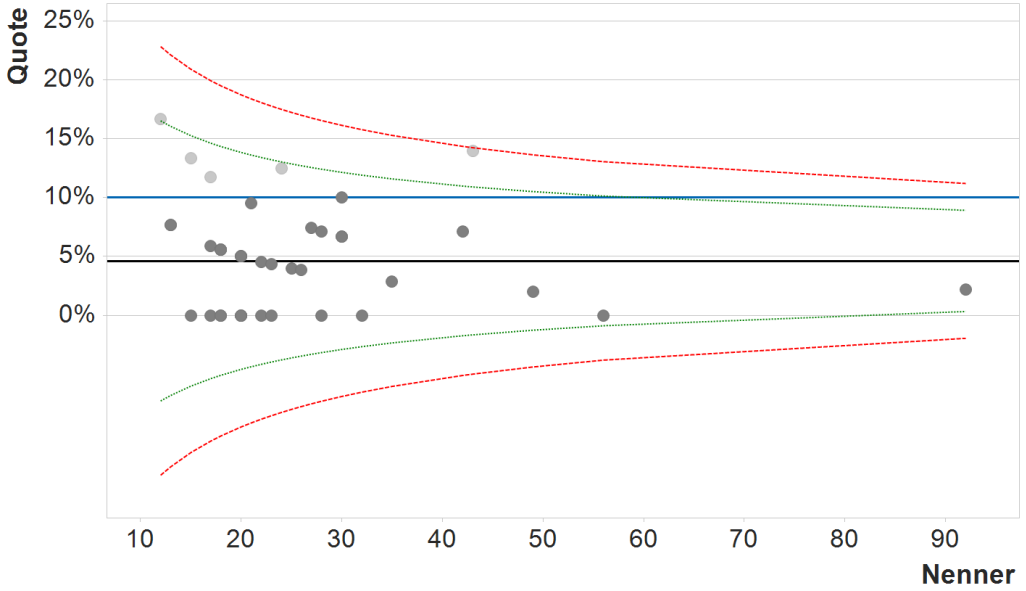
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	37	92,50%

Anmerkungen:
Der Erfüllungsgrad dieser Kennzahl hat sich im Vergleich zum Vorjahr deutlich verbessert. Die bisherige Begründungspflicht bei <0,1% und >20% wurde in eine maximal 10-prozentige Sollvorgabe umgewandelt. 3 Zentren haben diesen Wert überschritten. Bei 2 Zentren ließen sich die OP-Verläufe im Audit plausibilisieren. Das 3. Zentrum passte die OP-Technik an.

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)

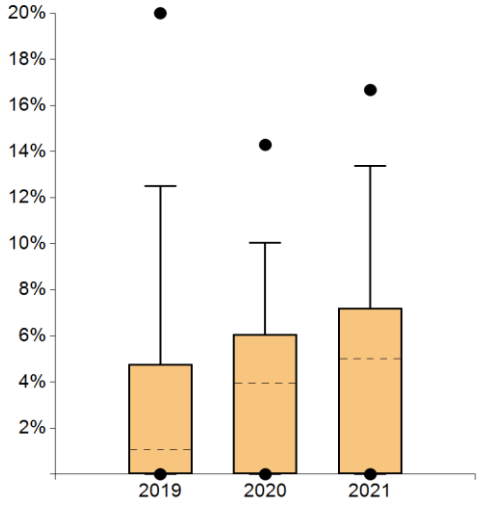
Zum Inhaltsverzeichnis

15. Mortalität postoperativ



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die postoperativ nach elektiven Eingriffen innerhalb von 30 d verstorben sind	1*	0 - 6	48
Nenner	Elektive Operative Primärfälle	21,5*	12 - 92	1037
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	5,00%	0,00% - 16,67%	4,63%**

* 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 Pat.



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	25,00%	13,04%	20,00%	14,29%	16,67%
95. Perzentil	17,00%	9,57%	12,50%	10,04%	13,36%
75. Perzentil	8,33%	4,76%	4,77%	6,08%	7,21%
Median	4,17%	0,00%	1,07%	3,96%	5,00%
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%

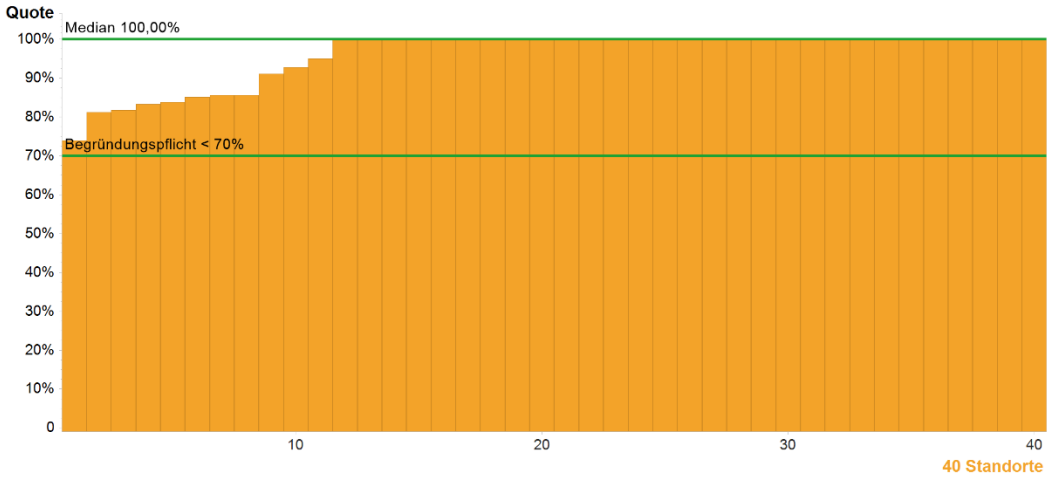
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	35	87,50%

Anmerkungen:
Median und Gesamtmortalitätsrate sind im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. 5 Zentren (Vorjahr 2) haben die Sollvorgabe verfehlt. Die Zentren stellten die entsprechenden Fälle in den Audits vor. Häufig waren fulminante postoperative Verläufe mit Multiorganversagen für den Tod verantwortlich, vereinzelt auch Aspirationen und Ileus. U.a. die Indikationsstellung wurde kritisch diskutiert, wenngleich einzelne Zentren auf den ausdrücklichen Therapiewunsch der Pat. verwiesen.

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)

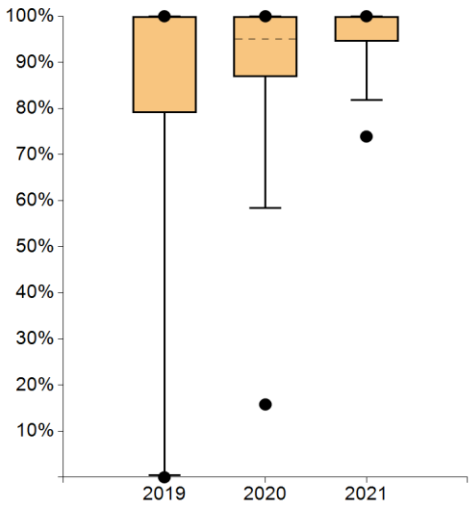
Zum Inhaltsverzeichnis

16. Vollständiger Pathologiebericht (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit vollständigen Befundbericht	16,5*	5 - 51	692
Nenner	Operative Primärfälle	16,5*	6 - 56	725
Quote	Begründungspflicht*** <70%	100%	73,91% - 100%	95,45%**

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



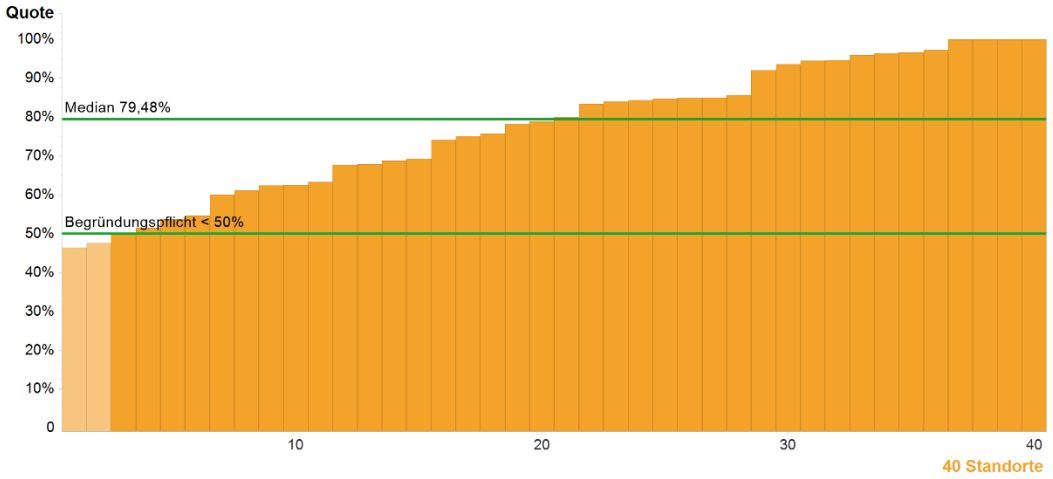
	2017	2018	2019	2020	2021
Max	-----	-----	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	-----	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	-----	100%	100%	100%
Median	-----	-----	100%	95,00%	100%
25. Perzentil	-----	-----	78,99%	86,89%	94,47%
5. Perzentil	-----	-----	0,45%	58,46%	81,79%
Min	-----	-----	0,00%	15,79%	73,91%

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

Anmerkungen:
Die Erfüllung dieser Kennzahl hat sich weiter verbessert. Nachdem im Vorkennzahlenjahr noch 3 Zentren begründungspflichtig waren, lagen im Kennzahlenjahr alle Zentren über eine Quote von 70%. 29 Zentren haben in allen Fällen vollständige Befundberichte vorlegen können.

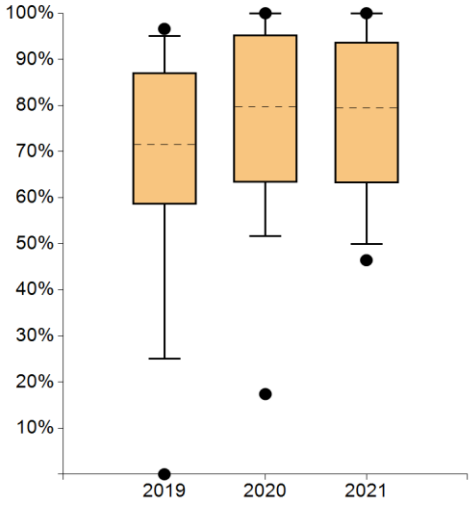
Zum Inhaltsverzeichnis

17. Ernährungsstatus (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Feststellung des Ernährungsstatus nach Nutritional Risk Score und Body Mass Index	23,5*	6 - 71	1031
Nenner	Primärfälle	30*	11 - 85	1318
Quote	Begründungspflicht*** <50%	79,48%	46,43% - 100%	78,22%**

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



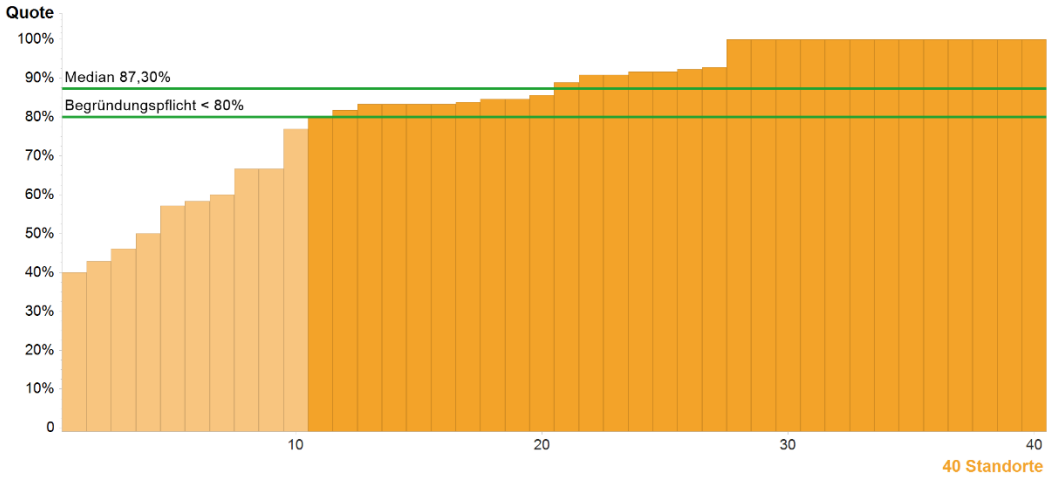
	2017	2018	2019	2020	2021
Max	-----	-----	96,61%	100%	100%
95. Perzentil	-----	-----	95,10%	100%	100%
75. Perzentil	-----	-----	87,12%	95,36%	93,77%
Median	-----	-----	71,43%	79,75%	79,48%
25. Perzentil	-----	-----	58,58%	63,27%	63,12%
5. Perzentil	-----	-----	25,00%	51,71%	49,88%
Min	-----	-----	0,00%	17,39%	46,43%

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

Anmerkungen:
Die Kennzahl zur Erfassung des Ernährungsstatus ist nahezu unverändert im Vergleich zum Vorjahr. Erneut waren 2 Zentren begründungspflichtig, 1 dieser Zentren war in beiden Jahren auffällig gewesen. Es verwies auf die coronabedingt geschlossene ökotrophologische Sprechstunde, die in der Folge auch digital angeboten wurde. Das andere Zentrum identifizierte ein Erfassungsproblem von Pat., die nicht über die Sprechstunde des Zentrums aufgenommenen wurden.

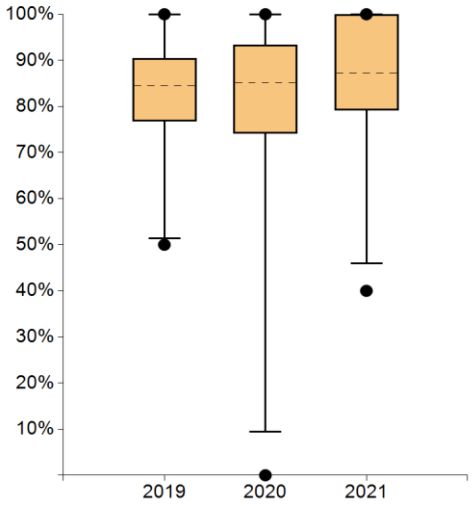
Zum Inhaltsverzeichnis

18. Vitamin B12 Substitution nach Gastrektomie (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit dokumentierter Empfehlung zu Vitamin B12-Substitution (z.B.1000µg alle 3 Mo) im Arztbrief	10*	2 - 54	421
Nenner	Operative Primärfälle (ICD-10 C16.0[1)], C16.1-16.9) nach Gastrektomie	11*	2 - 54	496
Quote	Begründungspflicht*** <80%	87,30%	40,00% - 100%	84,88%**

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



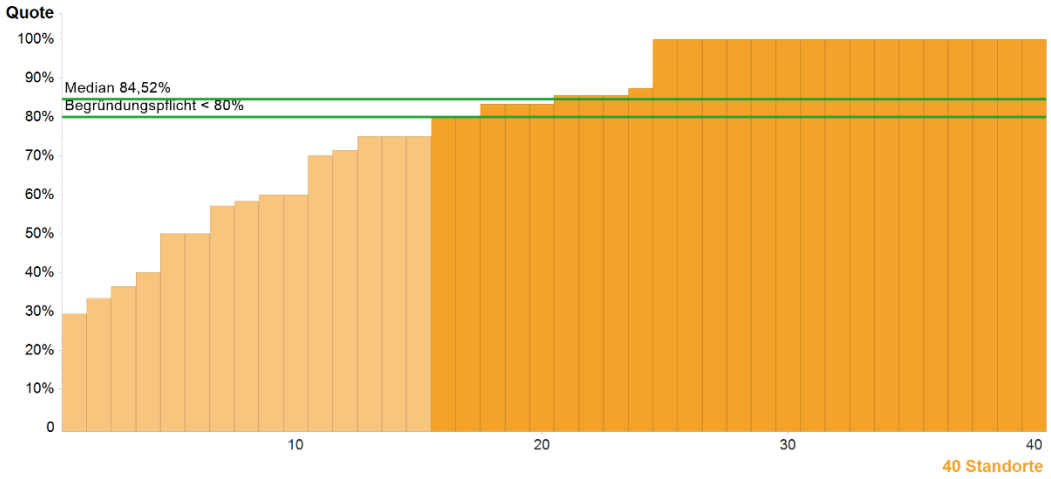
	2017	2018	2019	2020	2021
Max	-----	-----	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	-----	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	-----	90,48%	93,29%	100%
Median	-----	-----	84,52%	85,17%	87,30%
25. Perzentil	-----	-----	76,81%	74,11%	79,23%
5. Perzentil	-----	-----	51,39%	9,50%	45,99%
Min	-----	-----	50,00%	0,00%	40,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	30	75,00%

Anmerkungen:
Median und die Werte in den unteren Perzentilen haben sich im Vergleich zum Vorkennzahlenjahr verbessert. Zudem waren 4 Zentren weniger begründungspflichtig. 4 Zentren gaben an, die Dokumentation in den Arztbriefen in einzelnen Fällen versäumt zu haben. Bei 3 Zentren war die Empfehlung bislang nicht Standard. Weitere 3 Zentren berichteten von postoperativ verstorbenen Pat. Als Reaktion auf niedrige Quoten passten die Zentren die Arztbriefvorlagen an bzw. aktualisierten die entsprechende SOP.

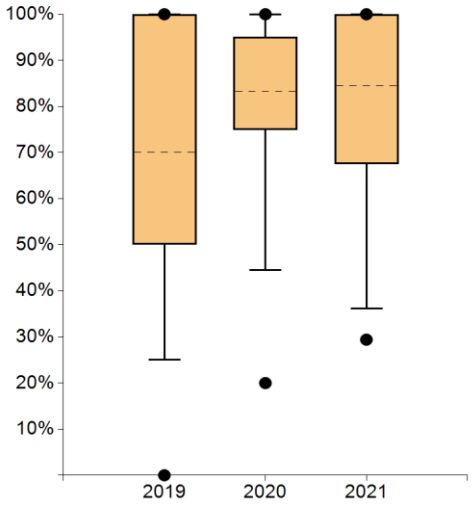
Zum Inhaltsverzeichnis

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



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit präoperativer Chemotherapie	5*	1 - 18	220
Nenner	Operative Primärfälle ICD-10 C16.1-16.9, cT3 oder cT4, M0	6*	1 - 21	286
Quote	Begründungspflicht*** <80%	84,52%	29,41% - 100%	76,92%**

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



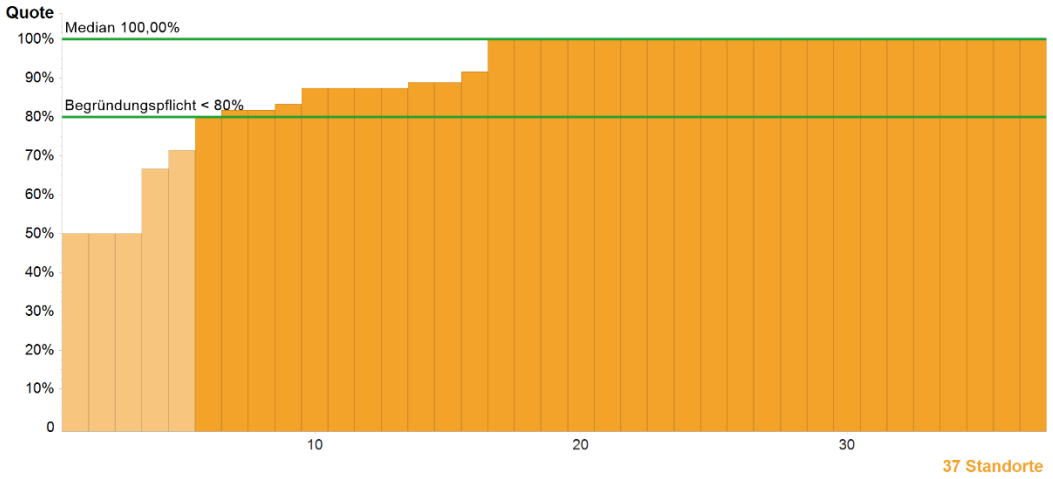
	2017	2018	2019	2020	2021
Max	-----	-----	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	-----	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	-----	100%	95,00%	100%
Median	-----	-----	70,00%	83,33%	84,52%
25. Perzentil	-----	-----	50,00%	75,00%	67,50%
5. Perzentil	-----	-----	25,00%	44,44%	36,21%
Min	-----	-----	0,00%	20,00%	29,41%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	100,00%	25	62,50%

Anmerkungen:
Dieser Qualitätsindikator der Leitlinie hat sich im Vorjahresvergleich nur unwesentlich verändert. 15 Zentren (Vorjahr: 12) mussten eine Quote von unter 80% begründen. Zu den in den Audits in aller Regel plausibilisierbaren Begründungen zählten Blutungs-/ Stenosesymptomatik mit dringender OP-Indikation (6x), hohes Alter (6x), Komorbiditäten (4x), Ablehnung durch die Pat. (4x) und schlechter Allgemeinzustand (3x).

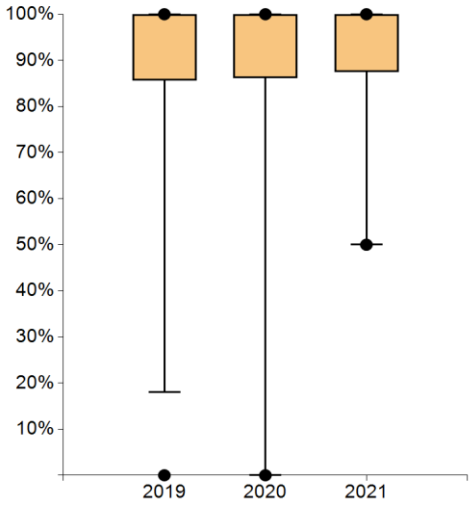
Zum Inhaltsverzeichnis

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



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit präoperativer Chemotherapie oder Radiochemotherapie	5*	1 - 24	204
Nenner	Operative Primärfälle mit Adenokarzinom des ösophagogastralen Übergangs (ICD-10 C16.0[1)]) cT3 oder cT4, M0	5*	1 - 27	227
Quote	Begründungspflicht*** <80%	100%	50,00% - 100%	89,87%**

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



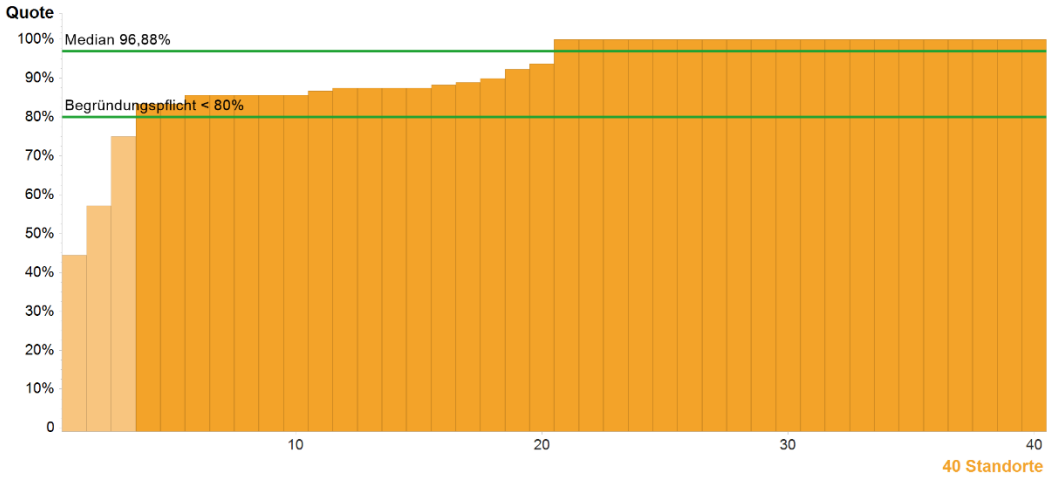
	2017	2018	2019	2020	2021
Max	-----	-----	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	-----	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	-----	100%	100%	100%
Median	-----	-----	100%	100%	100%
25. Perzentil	-----	-----	85,71%	86,16%	87,50%
5. Perzentil	-----	-----	18,00%	0,00%	50,00%
Min	-----	-----	0,00%	0,00%	50,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
37	92,50%	32	86,49%

Anmerkungen:
Bei fast konstanter Gesamtquote zeigen sich in den unteren Prozentbereichen Verbesserungen. Wie im Vorjahr haben 5 Zentren die Grenze zur Begründungspflicht unterschritten. Diese hatten durchweg geringe Pat.zahlen im Nenner. Als Gründe nannten die Zentren hohes Alter, Komorbiditäten sowie die Ablehnung durch die Pat.

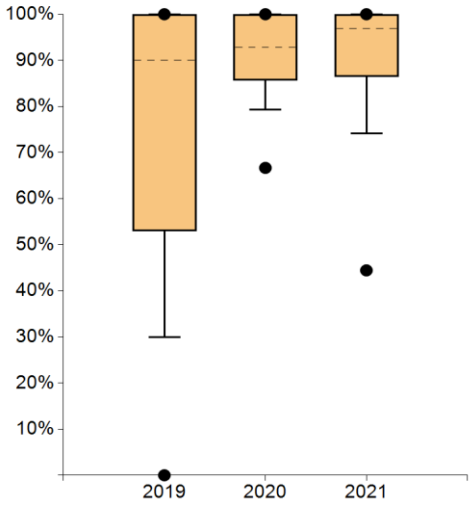
Zum Inhaltsverzeichnis

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



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Bestimmung des HER-2-Status vor palliativer medikamentöser Tumortherapie	6*	1 - 16	291
Nenner	Pat. (ICD-10 C16.0[1)], C16.1-16.9) mit palliativer medikamentöser Tumortherapie	7*	1 - 17	320
Quote	Begründungspflicht*** <80%	96,88%	44,44% - 100%	90,94%**

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



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	-----	-----	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	-----	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	-----	100%	100%	100%
Median	-----	-----	90,00%	92,86%	96,88%
25. Perzentil	-----	-----	53,00%	85,71%	86,43%
5. Perzentil	-----	-----	30,00%	79,33%	74,11%
Min	-----	-----	0,00%	66,67%	44,44%

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

Anmerkungen:
Der Median hat sich erneut deutlich verbessert. 3 Zentren (Vorjahr: 2) waren mit Quoten unter 80% begründungspflichtig. Die Gründe hierfür waren sehr unterschiedlich und reichten von einzelnen Versäumnissen über Bestimmung erst nach Therapiebeginn bis hin zu extern durchgeführten Systemtherapien. Teilweise optimierten die Zentren die diesbezüglichen Prozesse, etwa über die Schulung der Mitarbeiter, oder sie empfahlen eine HER2-Nachbestimmung.

Zum Inhaltsverzeichnis

WISSEN AUS ERSTER HAND

DKG KREBSGESELLSCHAFT

Mehr Informationen unter www.krebsgesellschaft.de

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 Barth, 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 03.05.2023

ISBN: 978-3-910336-15-5