



# Kennzahlenauswertung 2023

## Jahresbericht der zertifizierten Speiseröhrenkrebszentren

Auditjahr 2022 / Kennzahlenjahr 2021

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	3
Allgemeine Informationen .....	3
Stand des Zertifizierungssystems für Speiseröhrenkrebszentren 2022 .....	5
Berücksichtigte Standorte .....	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten .....	7
Basisdatenauswertung .....	8
Kennzahlenauswertungen .....	12
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle .....	12
Kennzahl Nr. 1b: Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen .....	13
Kennzahl Nr. 1c: Zentrumsfälle .....	14
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI) .....	15
Kennzahl Nr. 3: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen .....	16
Kennzahl Nr. 4: Vorstellung nach Abschluss der neoadjuvanten Chemotherapie/Radiochemotherapie .....	17
Kennzahl Nr. 5: Postoperative Fallvorstellung .....	18
Kennzahl Nr. 6: Psychoonkologische Betreuung .....	19
Kennzahl Nr. 7: Beratung Sozialdienst .....	20
Kennzahl Nr. 8: Anteil Studienpat. ....	21
Kennzahl Nr. 9: Inhalt Pathologiebericht Biopsie (LL QI) .....	22
Kennzahl Nr. 10: Inhalt Pathologiebericht lokale Exzidate (LL QI) .....	23
Kennzahl Nr. 11: Inhalt Pathologiebericht OP-Resektat (LL QI) .....	24
Kennzahl Nr. 12: Operative chirurgische Expertise .....	25
Kennzahl Nr. 13: Revisions-OPs .....	26
Kennzahl Nr. 14: Endoskopische R0-Resektion (LL QI) .....	27
Kennzahl Nr. 15: Chirurgische R0-Resektion (LL QI) .....	28
Kennzahl Nr. 16: Anastomoseninsuffizienz (LL QI) .....	29
Kennzahl Nr. 17: Mortalität postoperativ (LL QI) .....	30
Kennzahl Nr. 18: Präoperative Radiochemotherapie bei cT3/cT4-Plattenepithelkarzinom .....	31
Kennzahl Nr. 19: Perioperative Chemotherapie oder präoperative Radiochemotherapie bei Adenokarzinom .....	32
Kennzahl Nr. 20: First-Line Chemotherapie bei metastasiertem Adenokarzinom (LL QI) .....	33
Impressum .....	34

## Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 7: Beratung Sozialdienst .....  
 Kennzahl Nr. 8: Anteil Studienpat. ....  
 Kennzahl Nr. 9: Inhalt Pathologiebericht Biopsie (LL QI) .....  
 Kennzahl Nr. 10: Inhalt Pathologiebericht lokale Exzidate (LL QI) .....  
 Kennzahl Nr. 11: Inhalt Pathologiebericht OP-Resektat (LL QI) .....  
 Kennzahl Nr. 12: Operative chirurgische Expertise .....  
 Kennzahl Nr. 13: Revisions-OP's .....

### Qualitätsindikatoren der Leitlinie (LL QI):

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

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	26*	13 - 196	1219
Nenner	Operative Primärfälle (endoskopisch und chirurgisch)	27*	13 - 199	1266
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	98,49%	77,78% - 100%	96,29%**

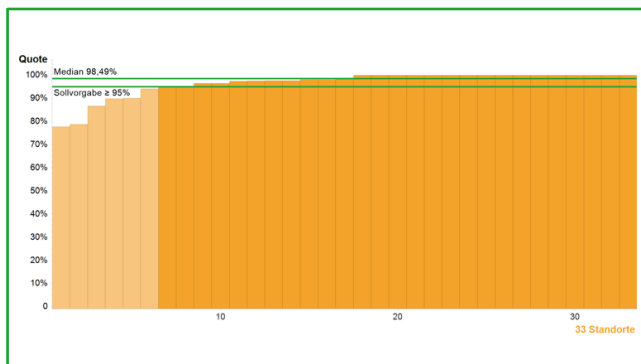
### Grunddaten Kennzahl:

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.

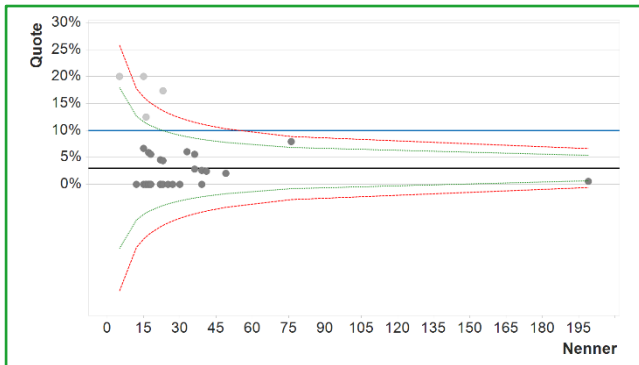
Unter **Pat. Gesamt** ist die Prozentzahl der in den Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat. angegeben.



### Diagramm:

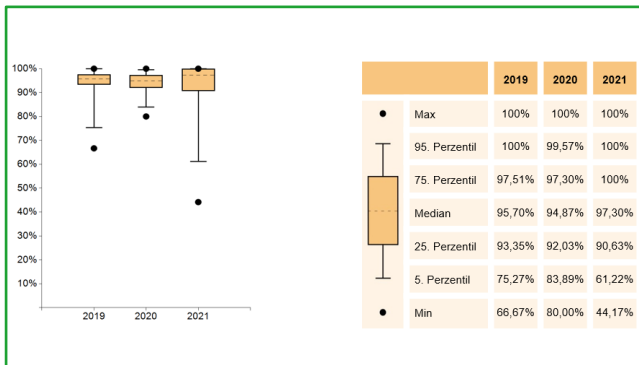
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

## Allgemeine Informationen



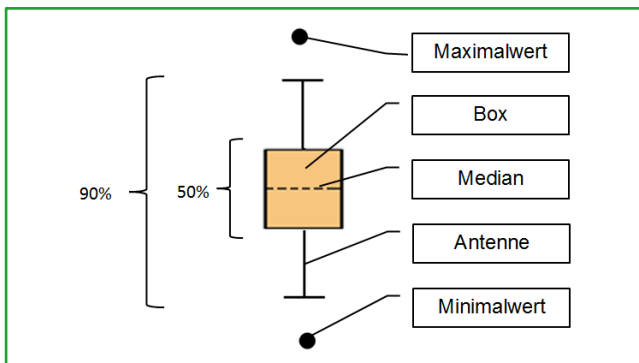
### Funnel Plots:

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.



### Kohortentwicklung:

Die **Kohortentwicklung** in den Jahren **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 Perzentil. Die Extremwerte werden hier als Punkte abgebildet.

## Stand des Zertifizierungssystems für Speiseröhrenkrebszentren 2022

	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
Laufende Verfahren	4	1	3
Zertifizierte Zentren	36	32	24
Zertifizierte Standorte	37	33	25

## Berücksichtigte Standorte

	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	33	27	20
entspricht	89,2%	81,8%	80%
Primärfälle gesamt*	2.027	1.481	1.134
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	61,4	54,8	56,7
Primärfälle pro Standort (Median)*	52	46	46,5

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

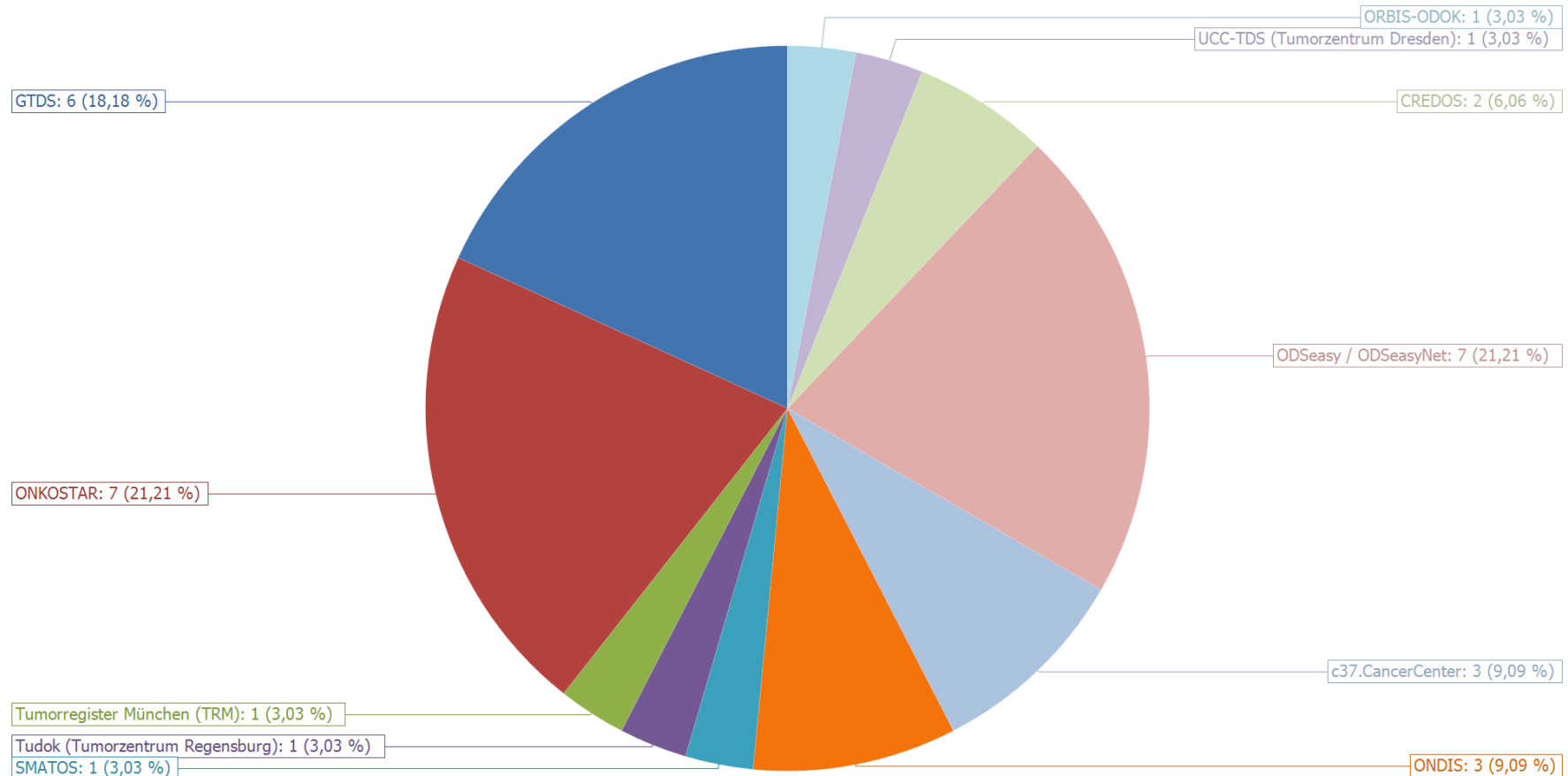
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Speiseröhrenkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 33 der 37 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 3 Standorte, die im Jahr 2022 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). Ein weiterer Standort konnte nicht berücksichtigt werden, da zum Datenschluss am 31.01.2023 noch kein freigegebenes Datenblatt vorlag.

In den 37 Standorten wurden insgesamt 2.203 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter [www.oncomap.de](http://www.oncomap.de) abgebildet.

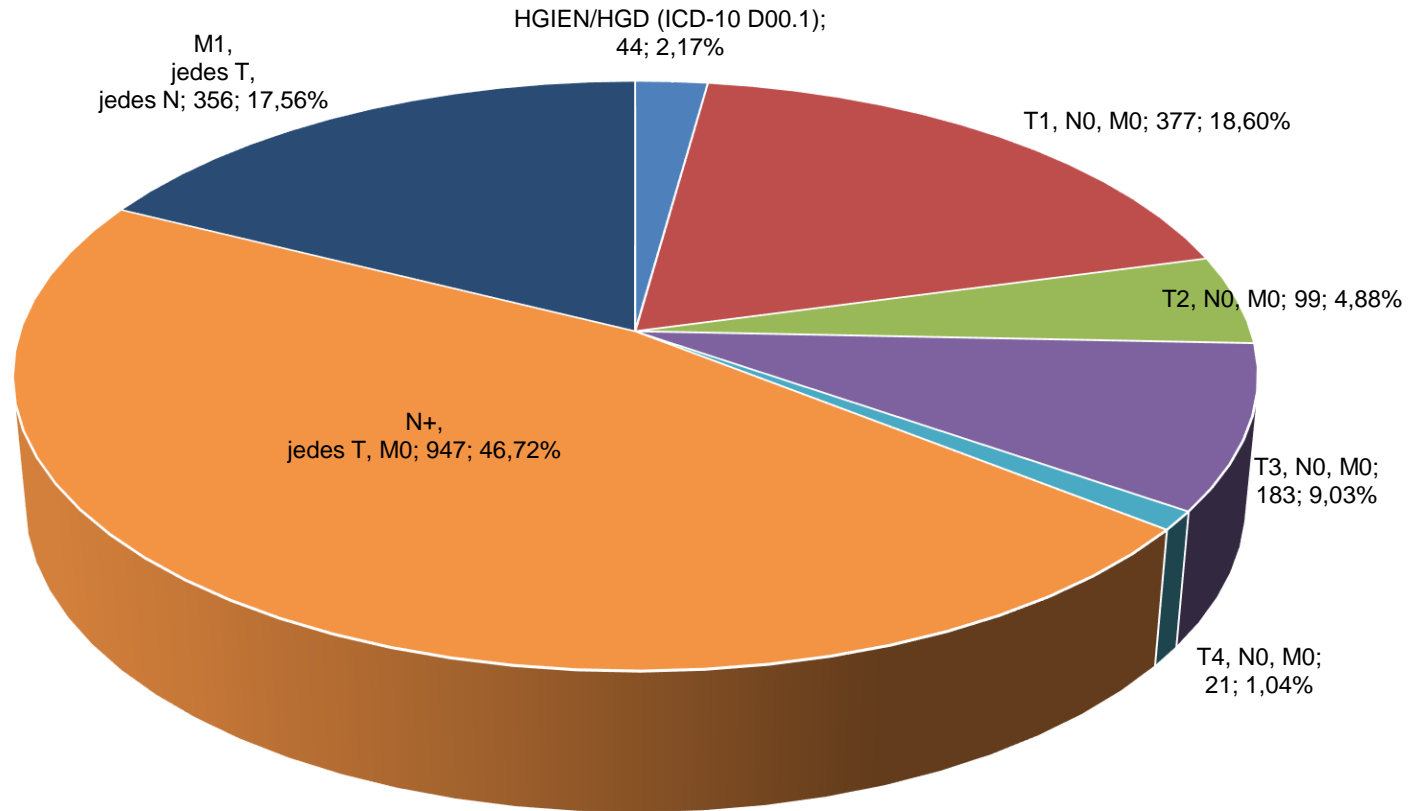
Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2021. Sie stellen für die in 2022 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

## 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.

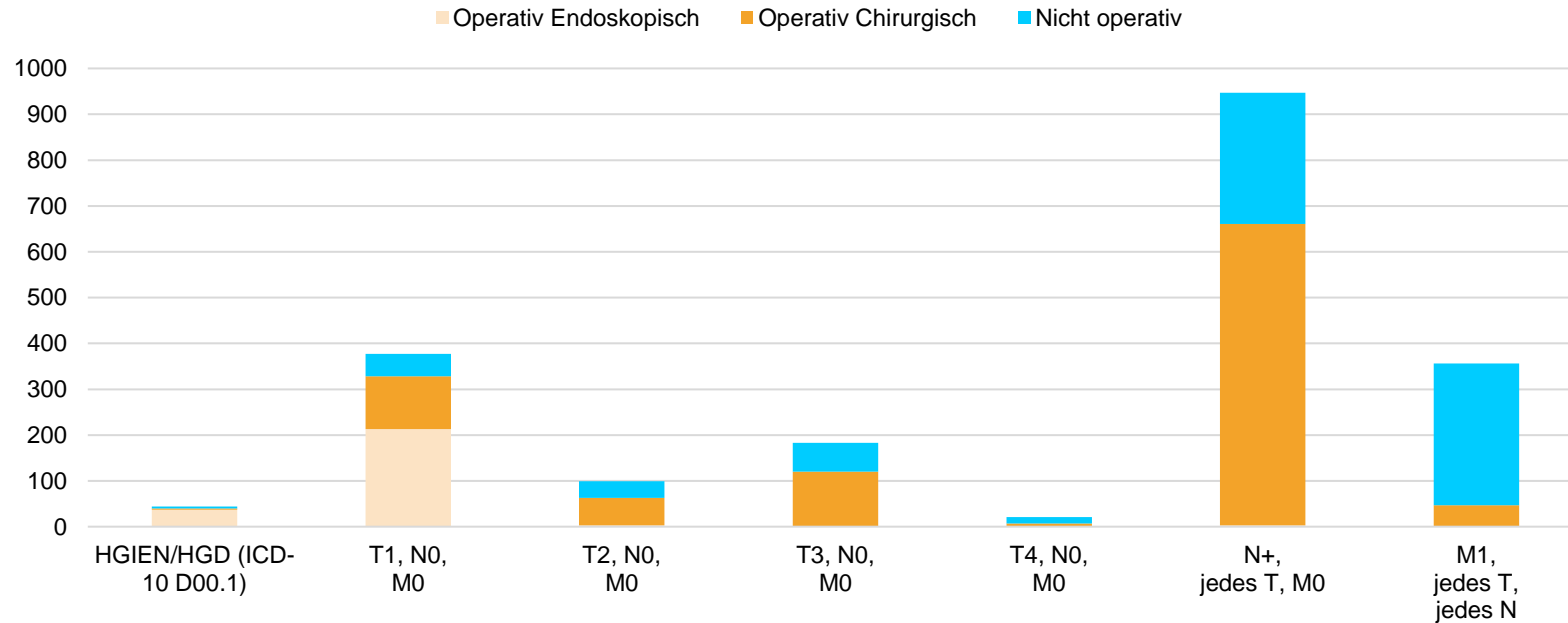
**Basisdaten – Primärfälle Speiseröhre**



	HGIEN/HGD (ICD-10 D00.1)	T1, N0, M0	T2, N0, M0	T3, N0, M0	T4, N0, M0	N+, jedes T, M0	M1, jedes T, jedes N	Gesamt
<b>Primärfälle</b>	44 (2,17%)	377 (18,60%)	99 (4,88%)	183 (9,03%)	21 (1,04%)	947 (46,72%)	356 (17,56%)	2.027 (100%)

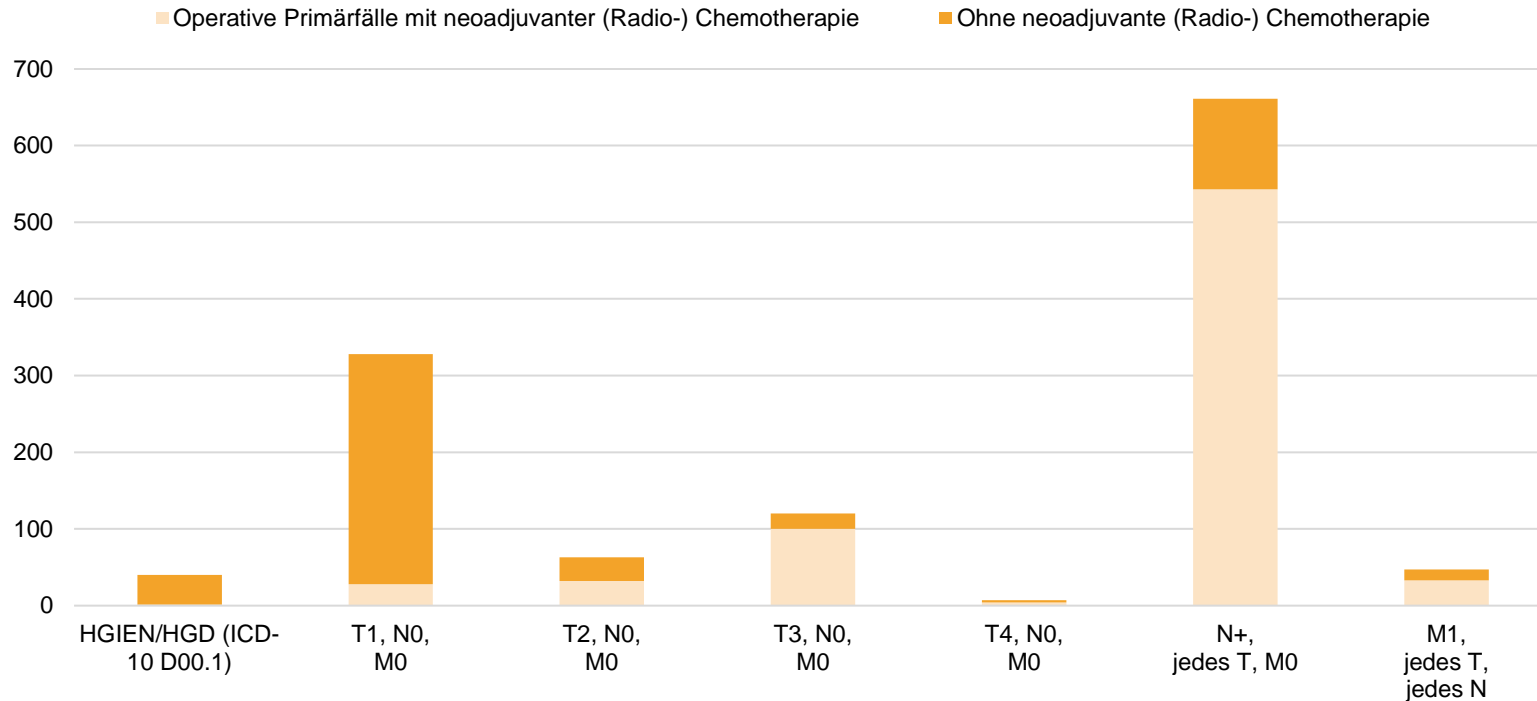


## Basisdaten – Operative Primärfälle und nicht operative Primärfälle Speiseröhre



	HGIEN/HGD (ICD-10 D00.1)	T1, N0, M0	T2, N0, M0	T3, N0, M0	T4, N0, M0	N+, jedes T, M0	M1, jedes T, jedes N	Gesamt
<b>Operativ Endoskopisch</b>	37 (14,40%)	213 (82,88%)	3 (1,17%)	0 (0,00%)	1 (0,39%)	3 (1,17%)	0 (0,00%)	257 (100%)
<b>Operativ Chirurgisch</b>	3 (0,30%)	115 (11,40%)	60 (5,95%)	120 (11,89%)	6 (0,60%)	658 (65,21%)	47 (4,66%)	1.009 (100%)
<i>davon elektiv</i>	3 (0,30%)	114 (11,30%)	60 (5,95%)	120 (11,89%)	5 (0,50%)	653 (64,72%)	47 (4,66%)	1.002 (99,30%)
<i>davon Notfall</i>	0 (0,00%)	1 (0,10%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,10%)	5 (0,50%)	0 (0,00%)	7 (0,70%)
<b>Nicht operativ</b>	4 (0,53%)	49 (6,44%)	36 (4,73%)	63 (8,28%)	14 (1,84%)	286 (37,58%)	309 (40,60%)	761 (100%)
<b>Primärfälle Gesamt</b>	44	377	99	183	21	947	356	2.027

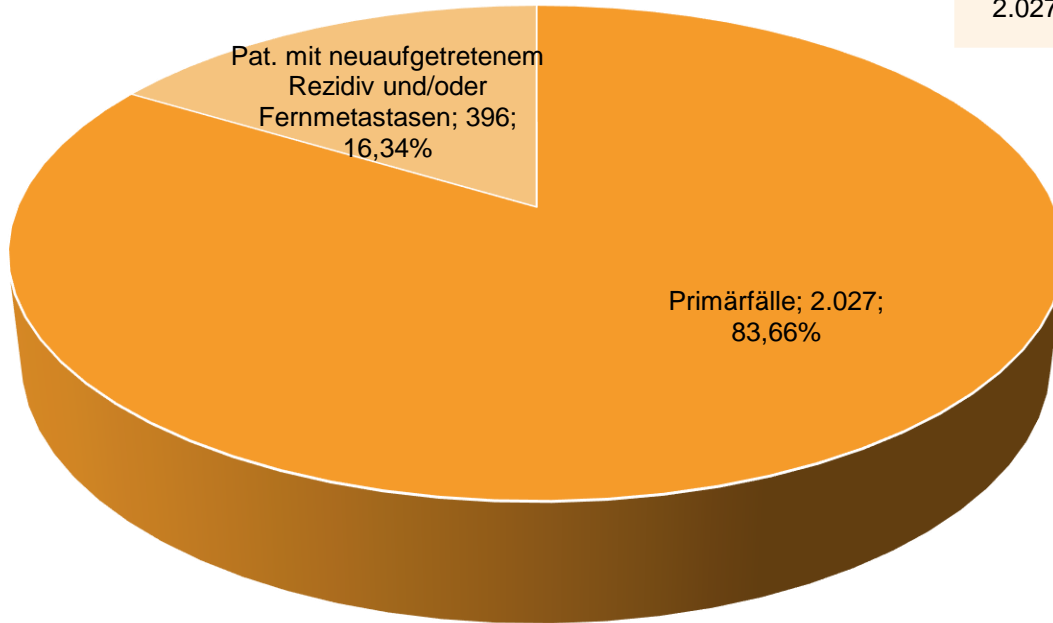
## Basisdaten – Operative Primärfälle mit und ohne neoadjuvante Chemotherapie Speiseröhre



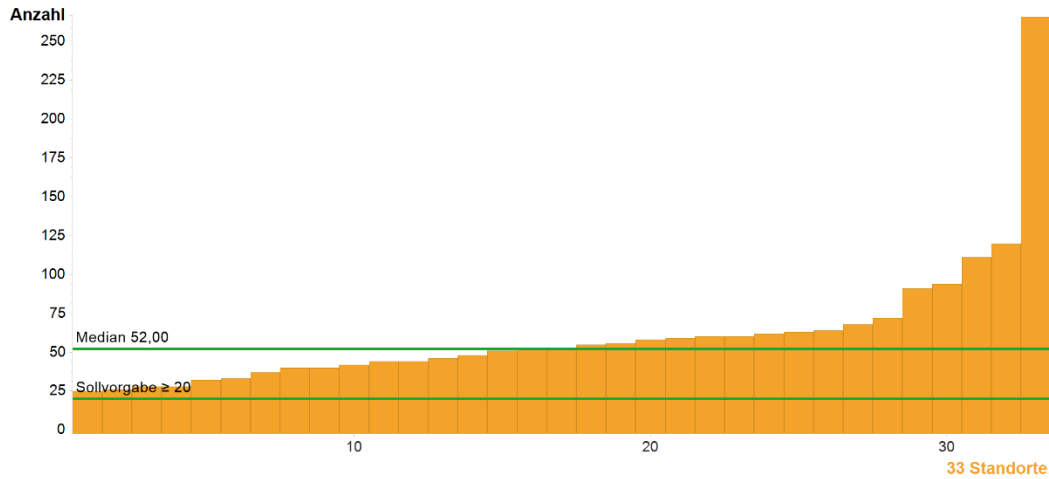
	HGIIEN/HGD (ICD-10 D00.1)	T1, N0, M0	T2, N0, M0	T3, N0, M0	T4, N0, M0	N+, jedes T, M0	M1, jedes T, jedes N	Gesamt
<b>Operative Primärfälle (chirurgisch und endoskopisch) mit neoadjuvanter (Radio-) Chemotherapie</b>	1 (0,13%)	28 (3,78%)	32 (4,32%)	100 (13,50%)	4 (0,54%)	543 (73,28%)	33 (4,45%)	741 (100%)
<b>Ohne neoadjuvante (Radio-) Chemotherapie</b>	39 (7,43%)	300 (57,14%)	31 (5,90%)	20 (3,81%)	3 (0,57%)	118 (22,48%)	14 (2,67%)	525 (100%)
<b>Gesamt</b>	40	328	63	120	7	661	47	1.266

## Basisdaten – Zentrumsfälle Speiseröhre

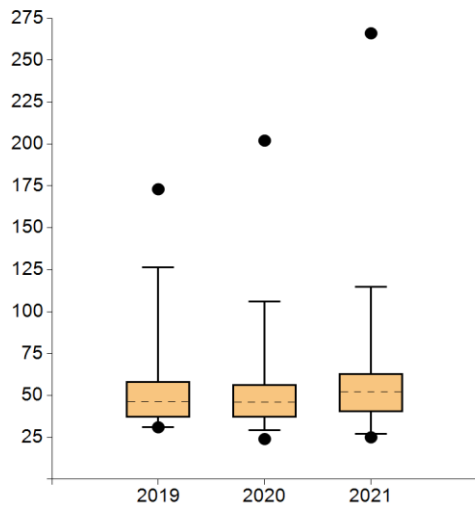
Primärfälle	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	Zentrumsfälle
2.027 (83,66%)	396 (16,34%)	2.423 (100%)



# 1a. Primärfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	52	25 - 266	2027
	Sollvorgabe ≥ 20			



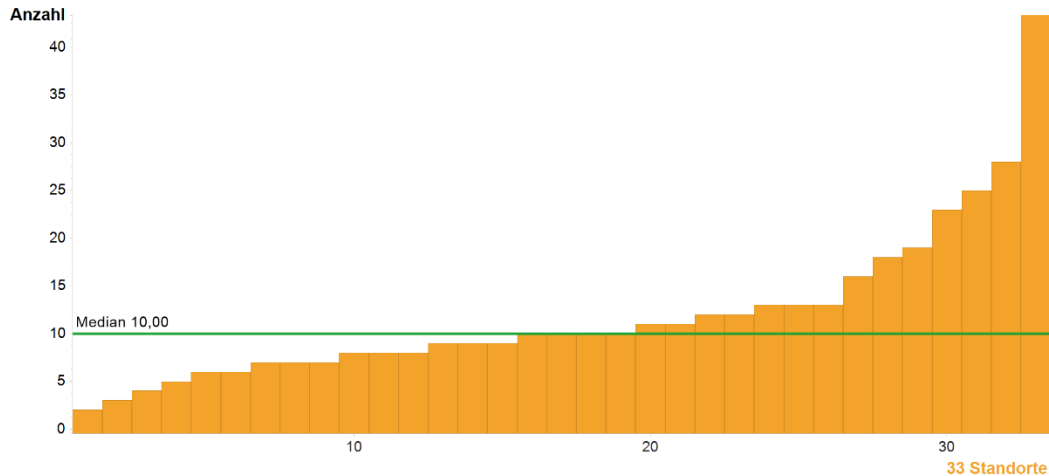
	2019	2020	2021
● Max	173,00	202,00	266,00
95. Perzentil	126,45	106,10	114,60
75. Perzentil	58,25	56,50	63,00
Median	46,50	46,00	52,00
25. Perzentil	37,00	37,00	40,00
5. Perzentil	31,00	29,30	27,20
● Min	31,00	24,00	25,00

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

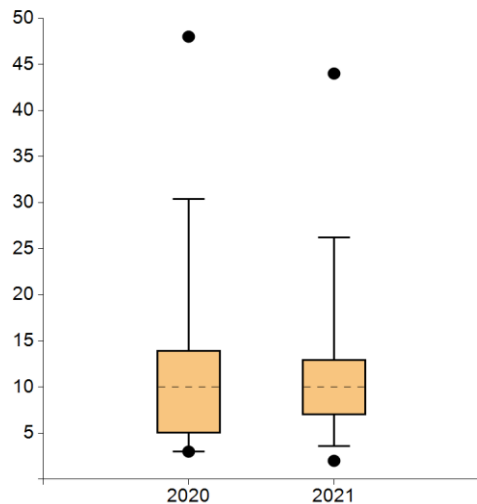
**Anmerkungen:**

Median (+6) und Gesamtprimärfallzahl (+36,87%) sind deutlich gestiegen. Im Vergleich zum Vorjahr sind 6 zusätzliche Standorte in die Auswertung eingegangen. Alle Zentren erreichen problemlos die Mindestvorgabe von 20 Primärfällen pro Jahr.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	10	2 - 44	396
	Keine Sollvorgabe			



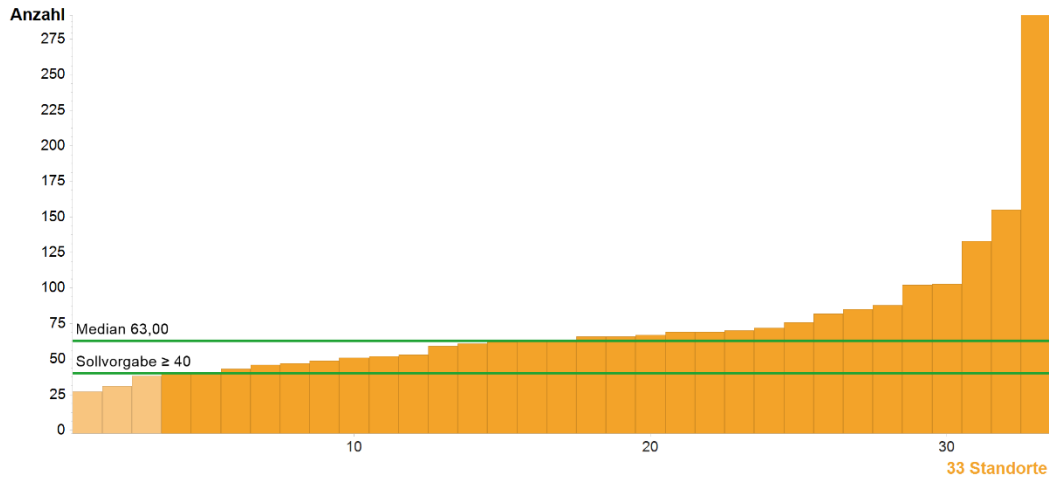
	2019	2020	2021
● Max	-----	48,00	44,00
95. Perzentil	-----	30,40	26,20
75. Perzentil	-----	14,00	13,00
Median	-----	10,00	10,00
25. Perzentil	-----	5,00	7,00
5. Perzentil	-----	3,00	3,60
● Min	-----	3,00	2,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	-----	-----

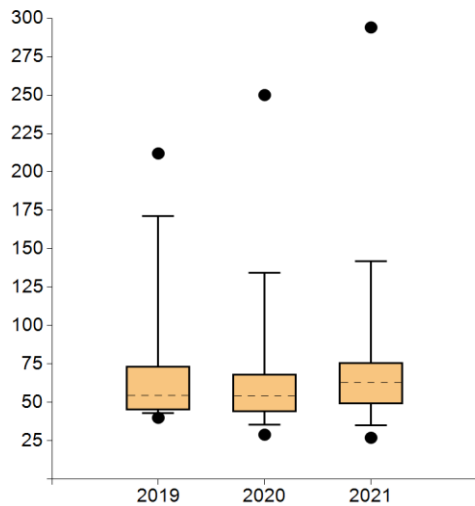
**Anmerkungen:**

Der Median der Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen ist konstant geblieben. Insgesamt nahm deren Zahl – analog zur Zunahme der Primärfallzahlen (vgl. KeZa 1a) – um 25,32% zu. Bei dieser Kennzahl ist keine Sollvorgabe hinterlegt.

## 1c. Zentrumsfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Zentrumsfälle	63	27 - 294	2423
	Sollvorgabe ≥ 40			



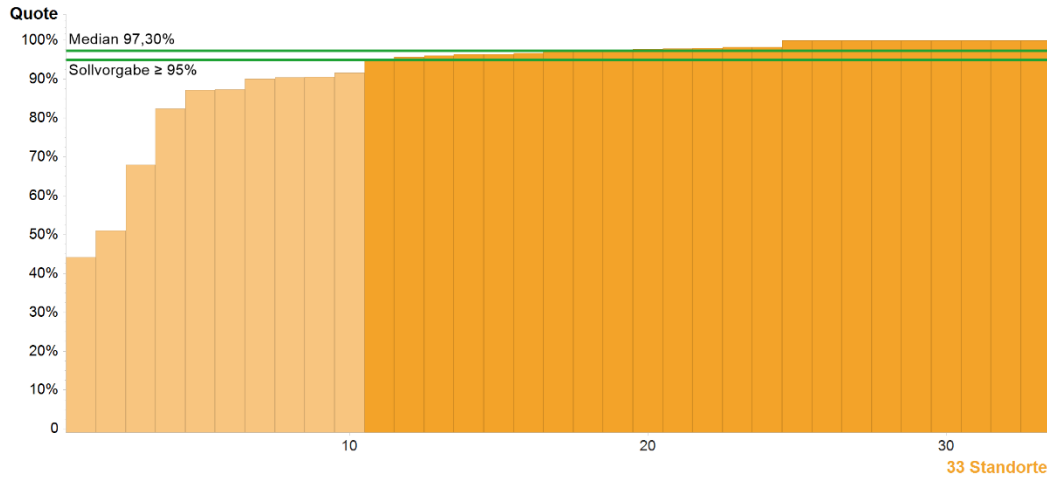
	2019	2020	2021
● Max	212,00	250,00	294,00
95. Perzentil	171,15	134,40	141,80
75. Perzentil	73,50	68,50	76,00
Median	54,50	54,00	63,00
25. Perzentil	45,00	44,00	49,00
5. Perzentil	42,85	35,50	35,20
● Min	40,00	29,00	27,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	30	90,91%

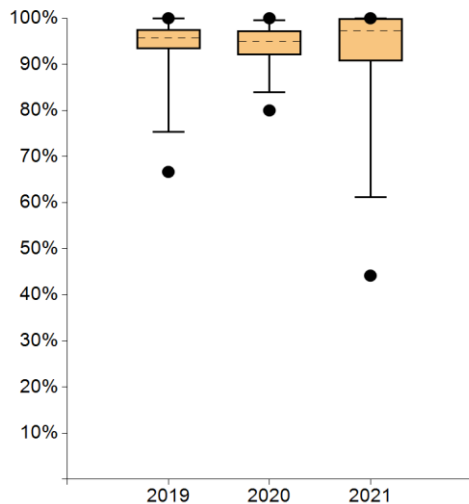
### Anmerkungen:

Auch bei der Zahl der Zentrumsfälle ist der Median deutlich angestiegen. Insgesamt hat die Zahl der in allen Zentren behandelten Zentrumsfälle (bei 6 zusätzlichen Standorten) um 34,84% zugenommen. 3 Zentren haben die Sollvorgabe von mind. 40 Zentrumsfällen verfehlt. 2 dieser Zentren machten COVID-bedingte Auswirkungen geltend.

## 2. Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die prätherapeutisch und nach abgeschlossenem Staging in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	51*	17 - 232	1807
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	52*	25 - 266	2027
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,30%	44,17% - 100%	89,15%**



	2019	2020	2021
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	99,57%	100%
75. Perzentil	97,51%	97,30%	100%
Median	95,70%	94,87%	97,30%
25. Perzentil	93,35%	92,03%	90,63%
5. Perzentil	75,27%	83,89%	61,22%
● Min	66,67%	80,00%	44,17%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	23	69,70%

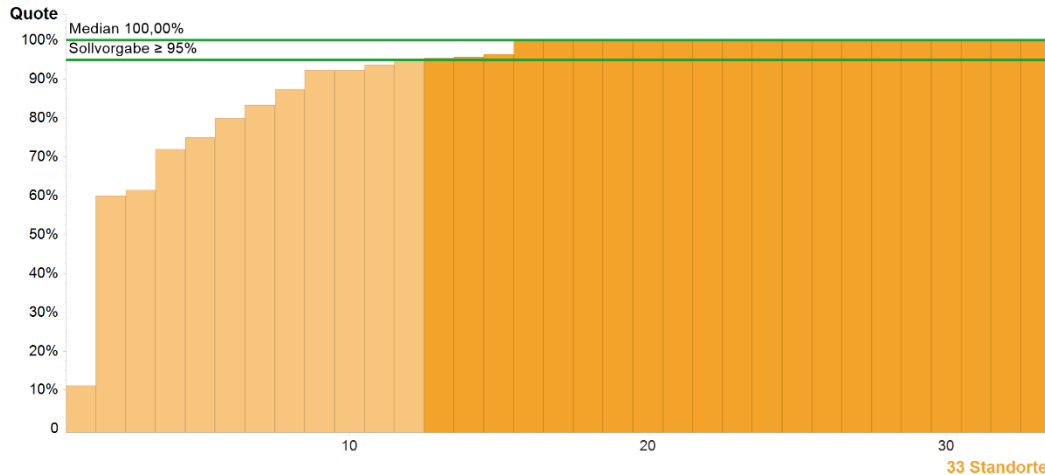
### Anmerkungen:

Bei gestiegenem Median haben einzelne Zentren die Sollvorgabe teils sehr deutlich unterschritten. Insgesamt lagen 10 Zentren (Vorjahr: 14) unter einer Quote von 95%. Häufigster Grund war der erst postinterventionelle Malignitätsnachweis bei endoskopischer Resektion bei Ausgangsdiagnose Dysplasie (7 Nennungen). Häufig (6x) wurden Pat. bereits extern neoadjuvant vorbehandelt bzw. in der Tumorkonferenz vorgestellt. Die Zentren reagierten mit der Dokumentation der externen Tumorboardempfehlung (und ggf. Neuvorstellung) und der Anpassung von SOPs. 1 Zentrum erhielt eine Abweichung.

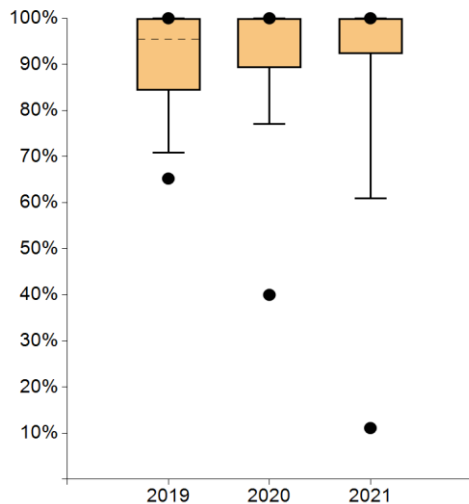
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

### 3. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	9*	1 - 42	359
Nenner	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	10*	2 - 44	396
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	11,11% - 100%	90,66%**



	2019	2020	2021
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%
Median	95,46%	100%	100%
25. Perzentil	84,30%	89,17%	92,31%
5. Perzentil	70,82%	77,05%	60,92%
● Min	65,22%	40,00%	11,11%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	21	63,64%

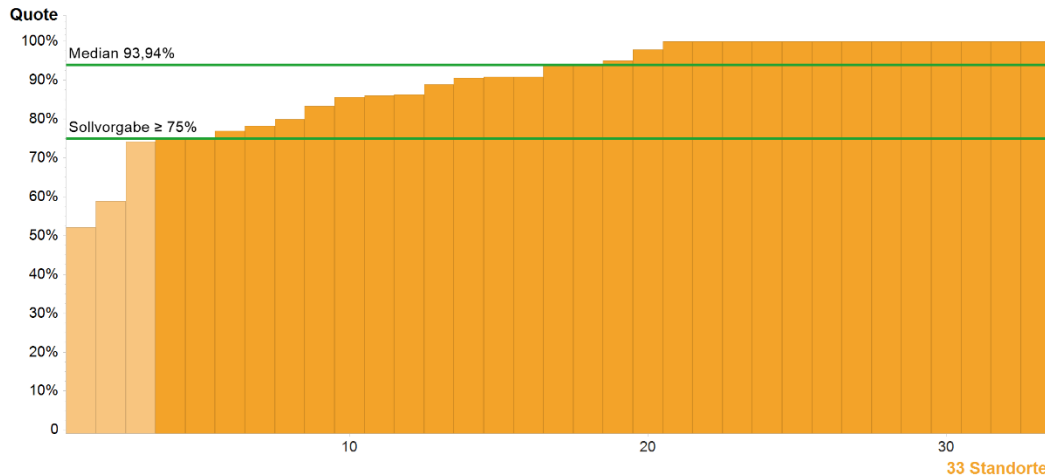
**Anmerkungen:**

Bei größerer Spannweite der Einzelwerte bewegt sich diese Kennzahl ungefähr auf Vorjahresniveau. 12 Zentren (Vorjahr: 11) hatten eine Vorstellungsquote von unter 95 %. Am häufigsten waren Versäumnisse (6 Nennungen) im Einzelfall ausschlaggebend. 4 Zentren verzichteten auf die Vorstellung palliativer Pat. ohne beabsichtigte tumorspezifische Therapie. Diese wurden zu einer konsequenten Vorstellung angehalten. Das Zentrum mit einer Quote von 11,11% erhielt eine Abweichung.

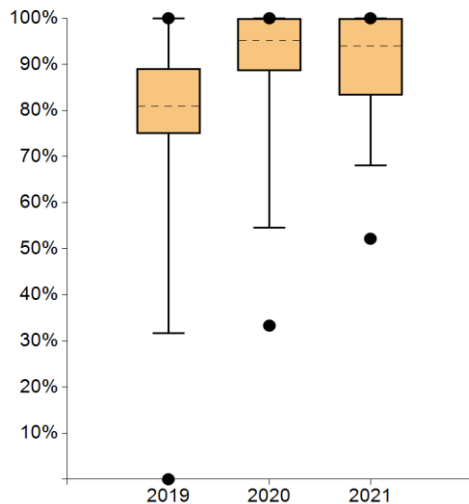
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
 \*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.



## 4. Vorstellung nach Abschluss der neoadjuvanten Chemotherapie/Radiochemotherapie



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der posttherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	16*	4 - 155	758
Nenner	Primärfälle mit Ösophaguskarzinom und abgeschlossener neoadjuvanter (Radio-) Chemotherapie	19*	4 - 165	845
Quote	Sollvorgabe $\geq$ 75%	93,94%	52,17% - 100%	89,70%**



	2019	2020	2021
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%
75. Perzentil	89,06%	100%	100%
Median	80,91%	95,24%	93,94%
25. Perzentil	75,00%	88,60%	83,33%
5. Perzentil	31,66%	54,51%	68,04%
● Min	0,00%	33,33%	52,17%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	30	90,91%

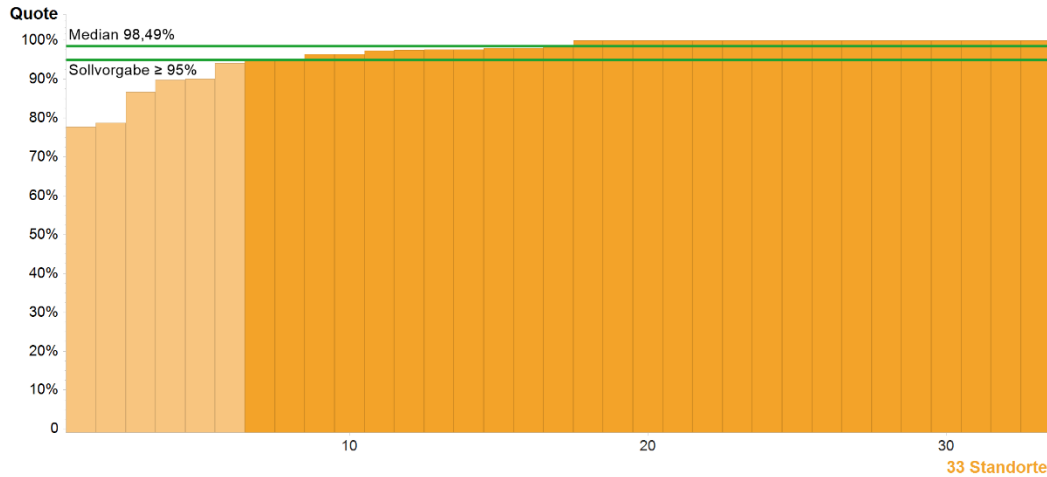
### Anmerkungen:

Bei leicht gesunkenem Median zeigen sich Verbesserungen in den unteren Perzentilen. Erneut haben 3 Zentren die Sollvorgabe verfehlt. Eines davon war sowohl 2022 als auch 2021 auffällig. Die von den Zentren angegebenen Gründe (keine Therapieänderung, vorzeitig verstorben, Versäumnis, externe Vorstellung, Vorgehen bereits in primärer Tumorkonferenz festgelegt) beantworteten die Fachexperten – falls erforderlich – mit Hinweisen. Maßnahmen umfassten insbesondere interne Schulungen und die Überarbeitung von SOPs.

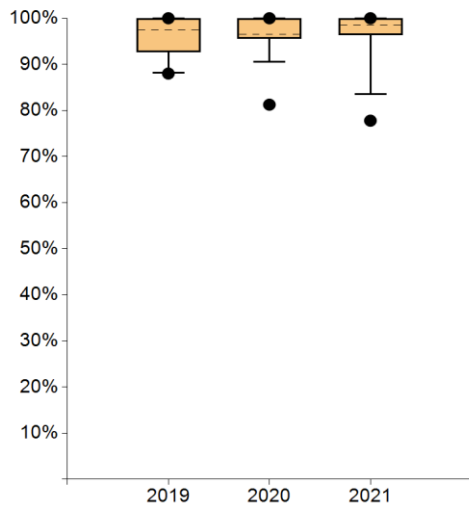
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 5. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	26*	13 - 196	1219
Nenner	Operative Primärfälle (endoskopisch und chirurgisch)	27*	13 - 199	1266
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	98,49%	77,78% - 100%	96,29%**



	2019	2020	2021
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%
Median	97,49%	96,55%	98,49%
25. Perzentil	92,72%	95,55%	96,43%
5. Perzentil	88,23%	90,60%	83,52%
● Min	88,00%	81,25%	77,78%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	27	81,82%

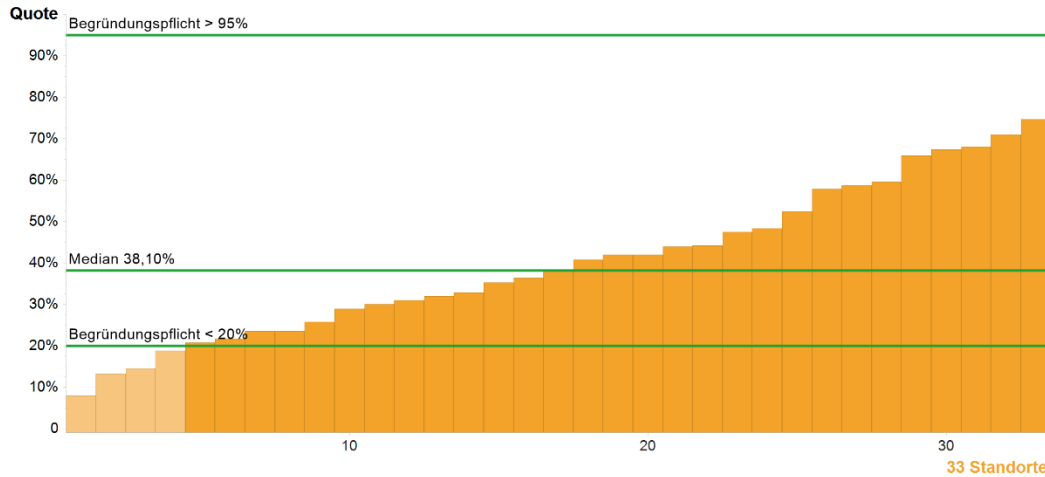
### Anmerkungen:

Der Median dieser Kennzahl hat sich weiter verbessert. Erneut verfehlen jedoch 6 Zentren die Sollvorgabe. Lediglich eines davon war bereits im Vorkennzahlenjahr auffällig gewesen. 4 Zentren verwiesen auf Frühkarzinome bzw. endoskopisch therapierte Pat. 3 Zentren nannten unmittelbar postoperativ verstorbene Pat. als Grund. Die Fachexperten wiesen auf die Notwendigkeit einer konsequenten Vorstellung endoskopisch und chirurgisch therapierter Pat. hin.

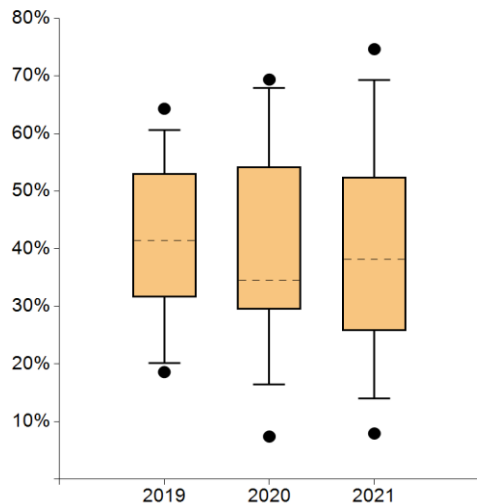
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 6. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	25*	5 - 61	864
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	63*	27 - 294	2423
Quote	Begründungspflicht*** <20% und >95%	38,10%	7,94% - 74,63%	35,66%**



	2019	2020	2021
● Max	64,29%	69,35%	74,63%
95. Perzentil	60,61%	67,92%	69,27%
75. Perzentil	53,09%	54,22%	52,46%
Median	41,43%	34,57%	38,10%
25. Perzentil	31,55%	29,45%	25,76%
5. Perzentil	20,20%	16,43%	14,02%
● Min	18,60%	7,41%	7,94%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	29	87,88%

### Anmerkungen:

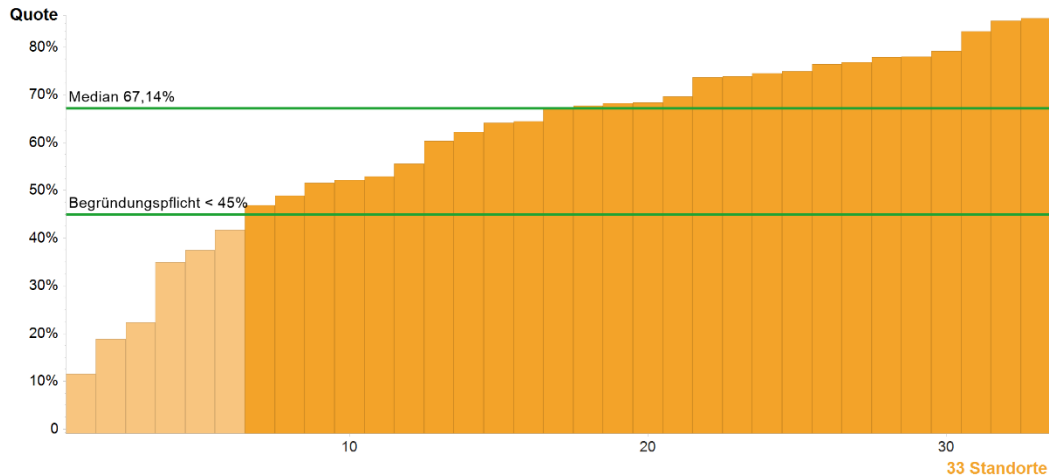
Nach einem vermutlich COVID-bedingten Einbruch 2020 ist der Median der Betreuungsquote wieder angestiegen. Allerdings sind in den unteren Perzentilen weitere Rückgänge zu beobachten. Erneut mussten 4 Zentren begründen, warum ihre Quoten unter 20% lagen. Die Zentren verwiesen jeweils auf unterschiedliche Gründe: Kurzer Aufenthalt bei unkompliziertem Verlauf, kein Bedarf seitens der Pat. und externe Beratungen. Zum Teil waren im Auditjahr schon höhere Quoten zu beobachten. Ein Zentrum standardisierte den Anmelde- und Screeningprozess und erwartet auf dieser Basis höhere Quoten für die Zukunft.

\* 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.

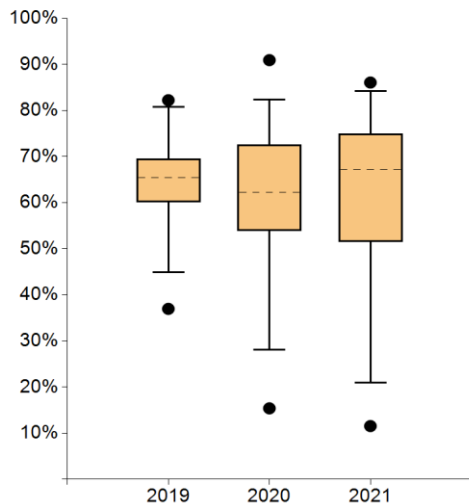
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

## 7. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	37*	6 - 219	1488
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	63*	27 - 294	2423
Quote	Begründungspflicht*** <math>< 45\%</math>	67,14%	11,54% - 86,05%	61,41%**



	2019	2020	2021
● Max	82,22%	90,91%	86,05%
95. Perzentil	80,74%	82,28%	84,20%
75. Perzentil	69,45%	72,57%	75,00%
Median	65,42%	62,22%	67,14%
25. Perzentil	60,08%	53,93%	51,52%
5. Perzentil	44,89%	28,12%	20,93%
● Min	36,96%	15,38%	11,54%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	27	81,82%

### Anmerkungen:

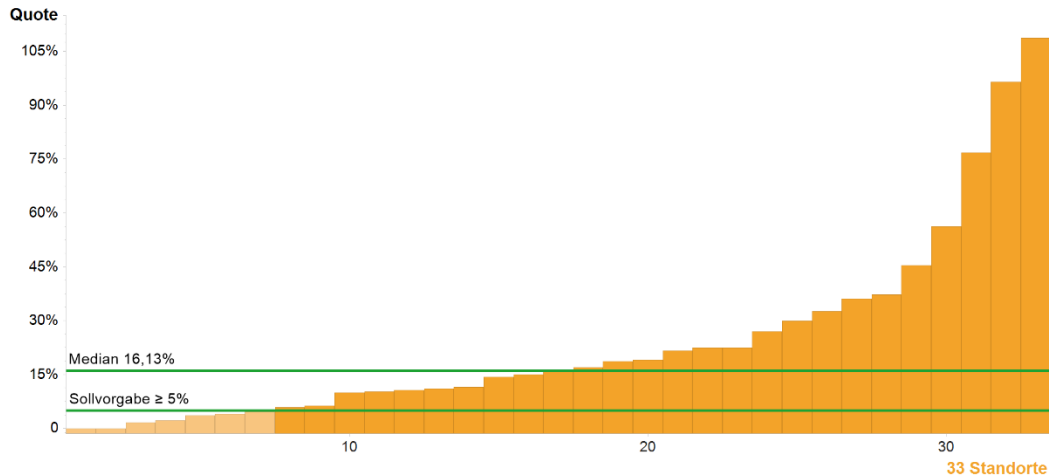
Der Median ist auf den bislang höchsten Wert angestiegen. Mit 6 Zentren waren 3 mehr als im Vorjahr begründungspflichtig. Davon befanden sich 4 im Ausland, wo andere Zuständigkeiten und Leistungsansprüche in Bezug auf die Sozialberatung gelten. Die übrigen beiden Zentren verwiesen auf kurze Aufenthalte bei unkompliziertem Verlauf bzw. einem hohen Anteil endoskopisch therapierter Pat. Auch hier wurden Verbesserungen bei der standardisierten Anmeldung bzw. Bedarfserfassung vereinbart.

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

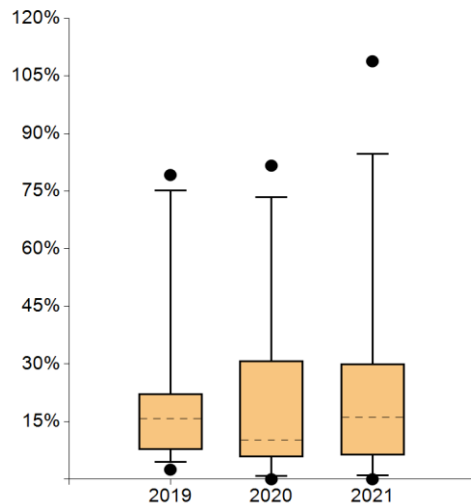
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

## 8. Anteil Studienpat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie eingebracht wurden	9*	0 - 99	563
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	52*	25 - 266	2027
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	16,13%	0,00% - 108,79%	27,78%**



	2019	2020	2021
● Max	79,19%	81,63%	108,79%
95. Perzentil	75,21%	73,49%	84,69%
75. Perzentil	22,32%	30,91%	30,00%
Median	15,78%	10,14%	16,13%
25. Perzentil	7,70%	5,80%	6,25%
5. Perzentil	4,45%	0,78%	1,01%
● Min	2,50%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	26	78,79%

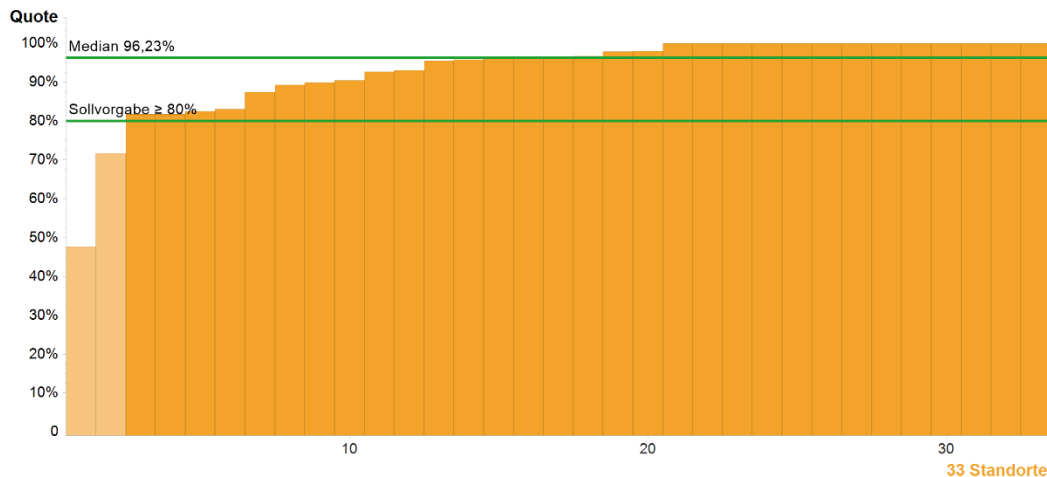
### Anmerkungen:

Der Median ist nach mutmaßlich pandemiebedingtem Rückgang der Studienquote im ersten Coronajahr (2020) deutlich angestiegen. Gleichwohl hat ein Zentrum mehr als im Vorjahr die Sollvorgabe verfehlt. Die Gründe hierfür variierten von Zentrum zu Zentrum und reichten von nicht erfüllten Einschlusskriterien, verzögerten Einschüssen, weiter bestehenden Auswirkungen der COVID-Pandemie, wenig verfügbaren Studien bis hin zu Prozessproblemen im Haus. Die Fachexperten vereinbarten entsprechend maßgeschneiderte Verbesserungsmaßnahmen (z.B. Initiierung weiterer Studien).

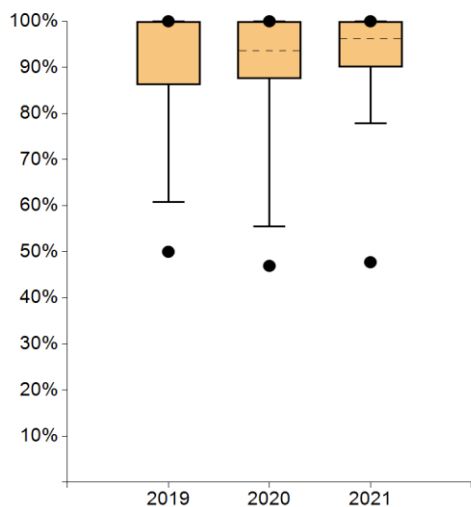
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 9. Inhalt Pathologiebericht Biopsie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit vollständige Befundbericht	43*	8 - 253	1468
Nenner	Primärfälle mit Biopsie	45*	8 - 263	1586
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	96,23%	47,73% - 100%	92,56%**



	2019	2020	2021
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%
Median	100%	93,62%	96,23%
25. Perzentil	86,16%	87,52%	90,00%
5. Perzentil	60,73%	55,47%	77,80%
● Min	50,00%	46,94%	47,73%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	31	93,94%

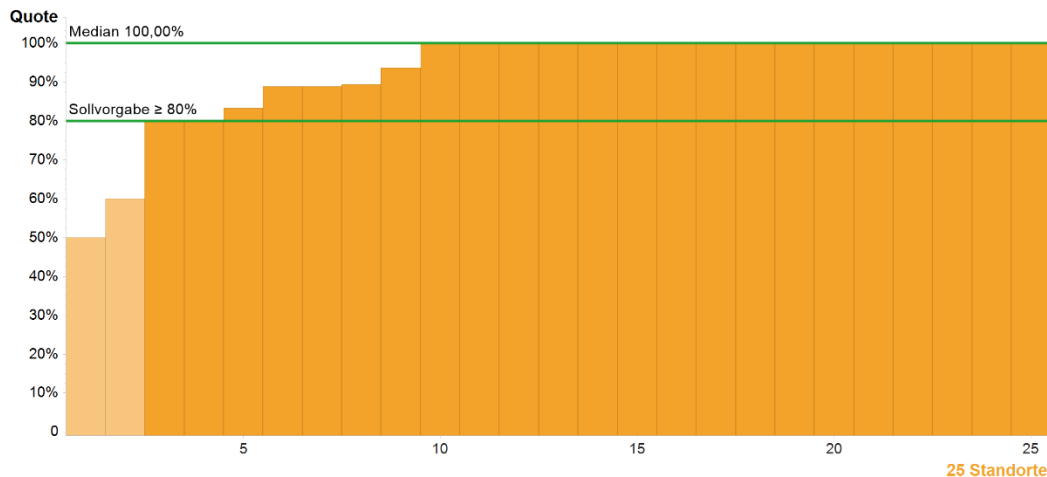
### Anmerkungen:

Bei den Kennzahlen 9 bis 11 wurde die Plausibilitätsgrenze von 40% in eine 80-prozentige Sollvorgabe umgewandelt. Bei im Vergleich zum Vorjahr insgesamt besseren Werten haben dennoch 2 Zentren die Sollvorgabe verfehlt. Diese verwiesen auf externe Befunde bzw. auf die fehlende Angabe zum Grading bei geringen Mengen an Untersuchungsmaterial. Die Zentren hielten Rücksprache mit den betroffenen Pathologien, um hier künftig Verbesserungen zu bewirken.

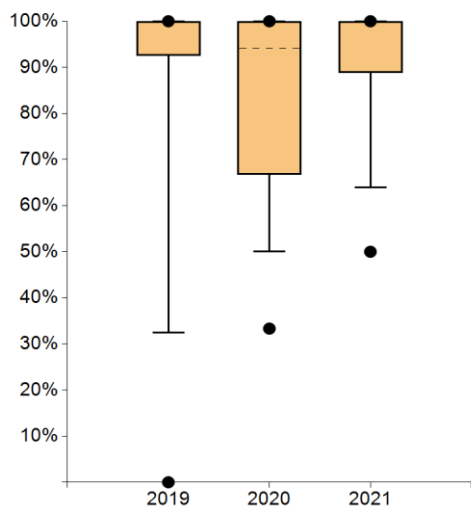
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 10. Inhalt Pathologiebericht lokale Exzidate (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundbericht mit Angabe • Art der neoplastischen Läsion • WHO-Klassifikation • Grading • Lymphgefäß- u/o Veneninvasion • Tiefe (Invasionstiefe) • von zirkulärem und basalem Resektionsrand	4*	1 - 75	239
Nenner	Operative Primärfälle mit endoskopischer OP	5*	1 - 80	257
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	100%	50,00% - 100%	93,00%**



	2019	2020	2021
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%
Median	100%	94,12%	100%
25. Perzentil	92,50%	66,67%	88,89%
5. Perzentil	32,50%	50,00%	64,00%
● Min	0,00%	33,33%	50,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
25	75,76%	23	92,00%

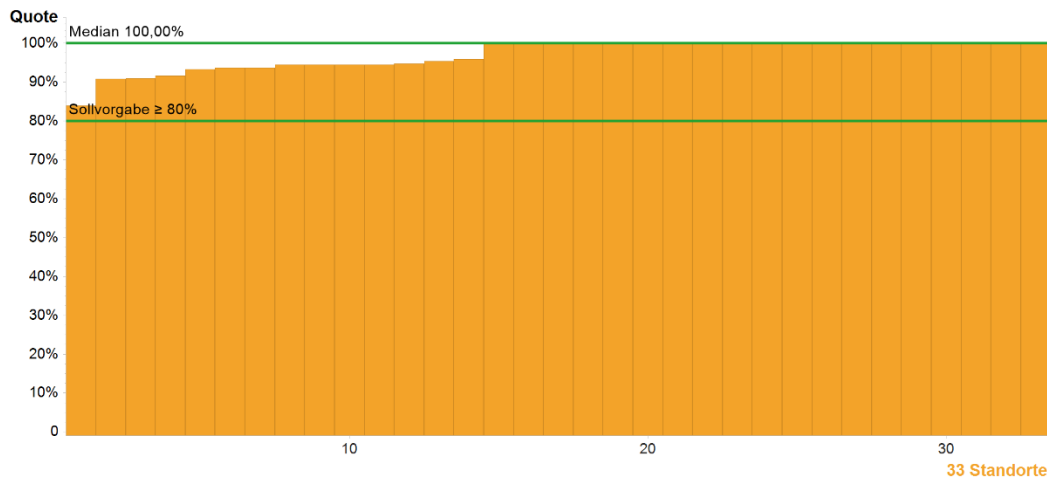
### Anmerkungen:

In den meisten Zentren werden die Anforderungen an die Befundberichte erfüllt (Median 100%). In den unteren Perzentilen zeigen sich deutliche Verbesserungen. 2 Zentren (andere Zentren als bei KeZa 9) haben jedoch die Sollvorgabe verfehlt. Hier fehlte die Angabe des zirkulären Resektionsrandes in mm bei endoskopischer Resektion. Dies ließ sich in den Audits plausibilisieren.

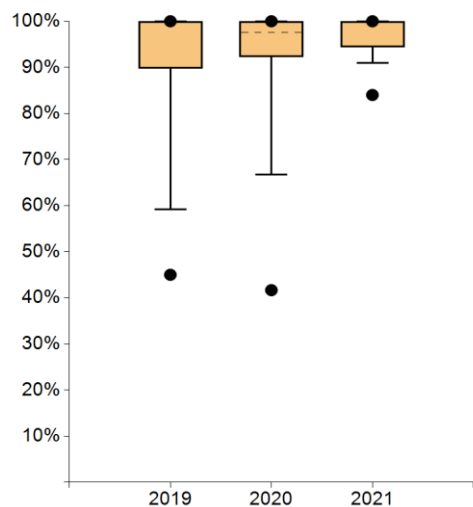
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundbericht mit Angabe • Größe der neoplastischen Läsion • Art der neoplastischen Läsion • WHO-Klassifikation • Grading, • pT, pN, Ratio LK, L, V, R-Status (TNM)	22*	5 - 181	971
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer OP (elektiv und Notfall)	22*	5 - 199	1009
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	100%	84,00% - 100%	96,23%**



	2019	2020	2021
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%
Median	100%	97,50%	100%
25. Perzentil	89,74%	92,30%	94,44%
5. Perzentil	59,25%	66,67%	90,93%
● Min	45,00%	41,67%	84,00%

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

### Anmerkungen:

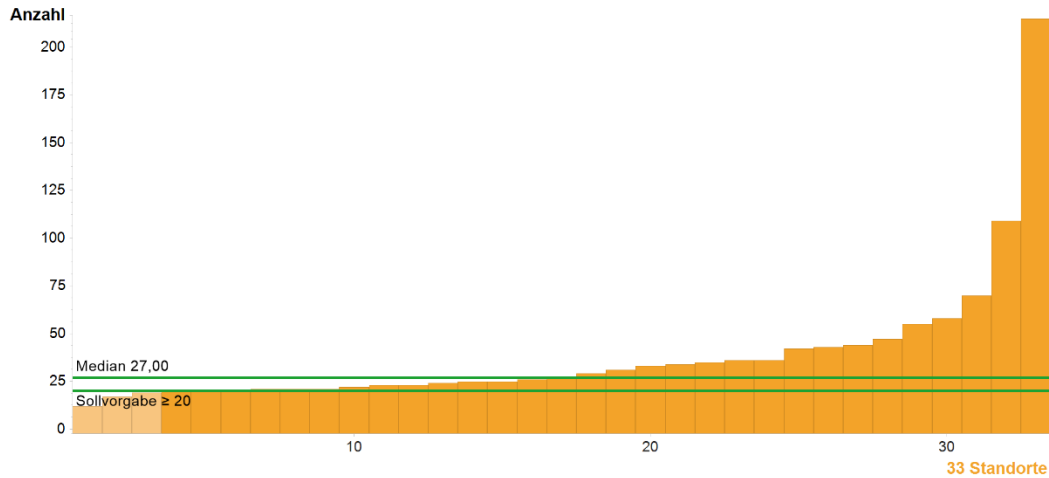
Die Ergebnisse dieser Kennzahl haben sich weiter verbessert, sodass nun alle Zentren oberhalb der Sollvorgabe liegen. 19 Zentren haben sogar in 100% der Fälle vollständige Pathologieberichte vorlegen können.

\* 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.

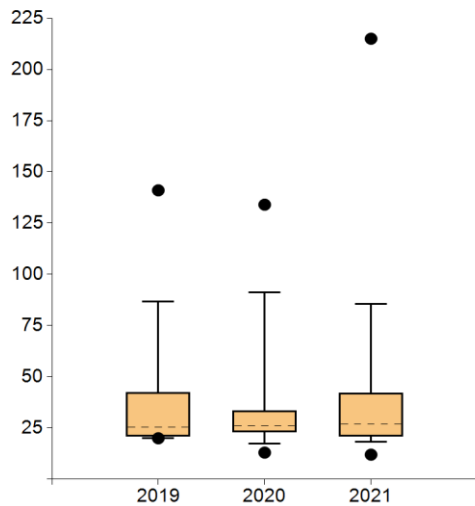
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.



## 12. Operative chirurgische Expertise



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative chirurgische Expertise	27	12 - 215	1283
	Sollvorgabe $\geq 20$			



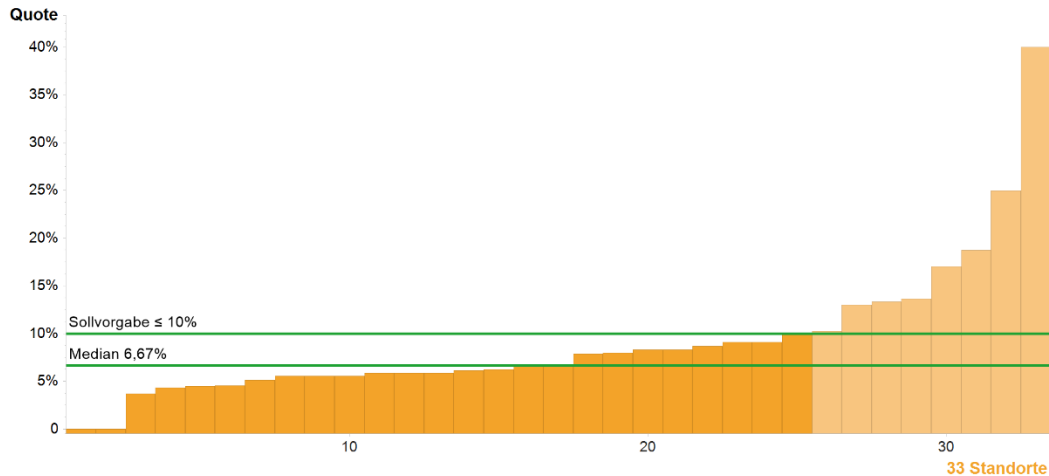
	2019	2020	2021
● Max	141,00	134,00	215,00
95. Perzentil	86,85	91,10	85,60
75. Perzentil	42,25	33,50	42,00
Median	25,50	26,00	27,00
25. Perzentil	21,00	23,00	21,00
5. Perzentil	20,00	17,30	18,20
● Min	20,00	13,00	12,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	30	90,91%

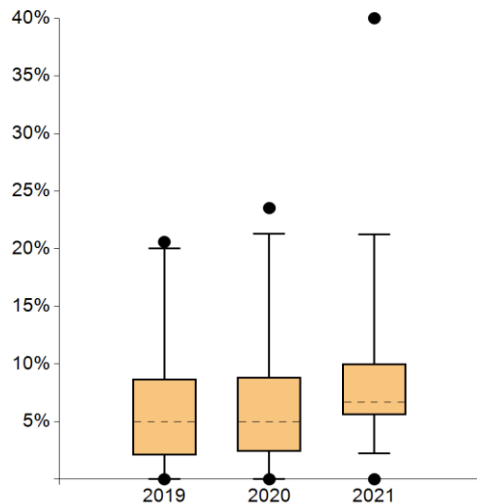
### Anmerkungen:

Bei leicht angestiegenem Median hat sich die Gesamtzahl der Eingriffe um 315 (+32,45%) bei 6 zusätzlichen Zentren erhöht. Wie im Vorjahr haben 3 Zentren die Sollvorgabe verfehlt (1 Zentrum davon bereits im Vorjahr). Sofern spezifische Gründe eruiert waren, verwiesen die Zentren auf die Konkurrenz anderer Häuser sowie Auswirkungen der COVID-Pandemie. 2 Zentren befanden sich im Überwachungsaudit, sodass dies keine Auswirkungen auf das Zertifikat hatte. Das dritte Zentrum im Wiederholaudit erreichte die Zahlen im Durchschnitt der letzten Jahre.

### 13. Revisions-OPs



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners mit Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30d nach OP	2*	0 - 9	76
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	22*	5 - 199	1002
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	6,67%	0,00% - 40,00%	7,58%**



	2019	2020	2021
● Max	20,59%	23,53%	40,00%
95. Perzentil	20,03%	21,27%	21,25%
75. Perzentil	8,70%	8,88%	10,00%
Median	5,00%	5,00%	6,67%
25. Perzentil	2,11%	2,39%	5,56%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	2,22%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	25	75,76%

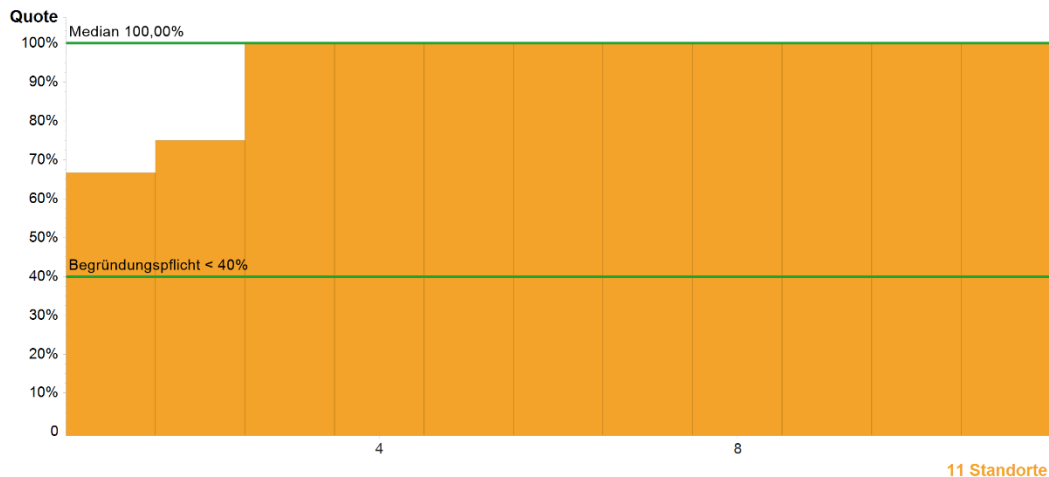
**Anmerkungen:**

Bei leicht gestiegenem Median haben 2 Zentren mehr als im Vorjahr die Sollvorgabe verfehlt. 6 Zentren verwiesen auf Anastomosensuffizienzen. Die übrigen Begründungen (Perfusionsstörung, Blutung, Perforation, Platzbauch und weitere) wurden nur vereinzelt genannt. Die Zentren reagierten mit M&M-Konferenzen und Anpassungen der OP-Prozesse. Ein Zentrum kündigte an, die Eingriffe nur noch durch benannte Operateure durchführen zu lassen.

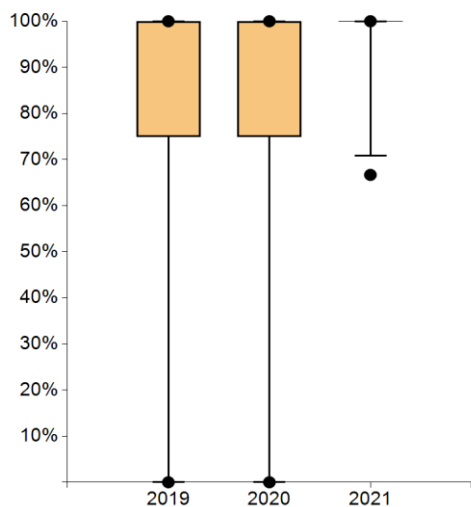
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 14. Endoskopische R0-Resektion (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit endoskopischer R0-Resektion (nach Abschluss operative Therapie)	1*	1 - 4	19
Nenner	Operative Primärfälle mit HGIEN/HGD und ESD (Endoskopische Submukosadisektion OPS: 5-422.24)	1*	1 - 6	22
Quote	Begründungspflicht*** <40%	100%	66,67% - 100%	86,36%**



	2019	2020	2021
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%
25. Perzentil	75,00%	75,00%	100%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	70,84%
● Min	0,00%	0,00%	66,67%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
11	33,33%	11	100,00%

### Anmerkungen:

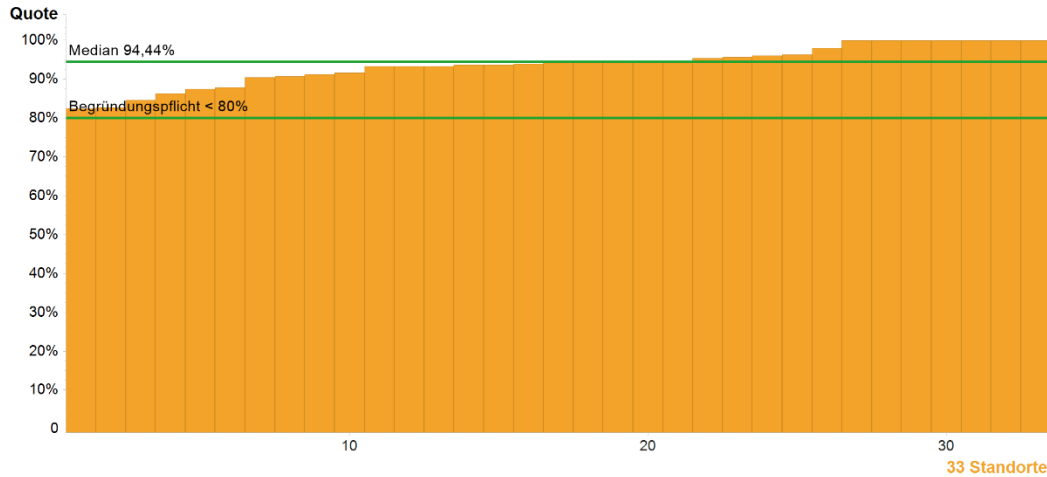
Alle Zentren liegen über der 40%-Marke, die mit einer Begründungspflicht einher geht. Im Vorjahr lagen noch 2 Zentren darunter. 9 Zentren haben in allen Fällen eine R0-Resektion erreicht.

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

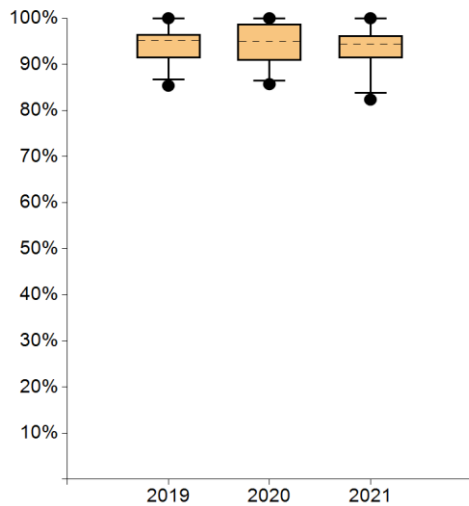
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

## 15. Chirurgische R0-Resektion (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit chirurgischer R0-Resektion	21*	5 - 187	941
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer OP (elektiv und Notfall)	22*	5 - 199	1009
Quote	Begründungspflicht*** <80%	94,44%	82,35% - 100%	93,26%**



	2019	2020	2021
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%
75. Perzentil	96,51%	98,75%	96,30%
Median	95,23%	94,96%	94,44%
25. Perzentil	91,28%	90,84%	91,30%
5. Perzentil	86,77%	86,47%	83,82%
● Min	85,37%	85,71%	82,35%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	33	100,00%

### Anmerkungen:

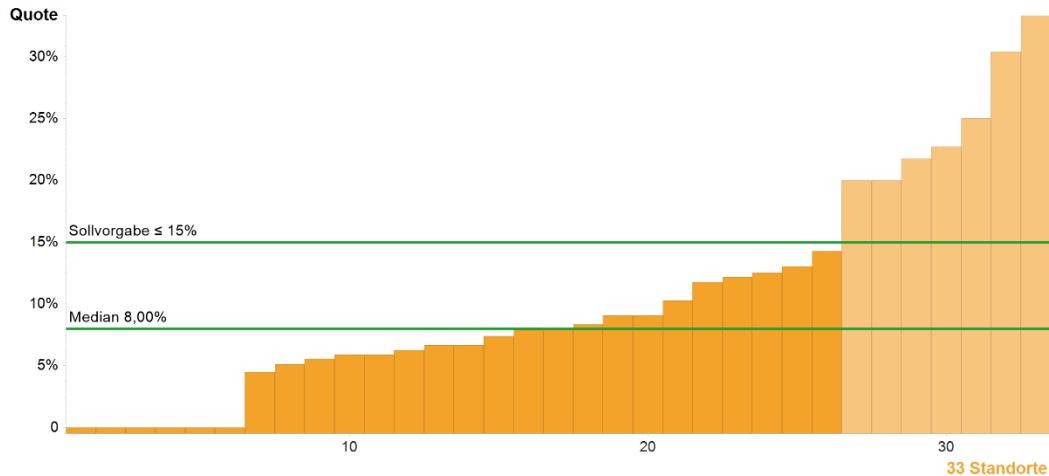
Wie bereits im Vorjahr erreichen alle Zentren R0-Quoten von über 80%. Median und Gesamtquote liegen ungefähr auf Vorjahresniveau. 7 Zentren haben bei allen Pat. des Nenners eine R0-Resektion erreicht.

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

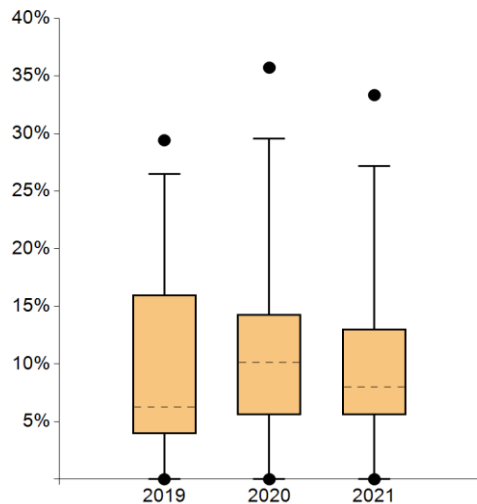
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

## 16. Anastomoseninsuffizienz (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Re-Intervention aufgrund einer Anastomoseninsuffizienz	2*	0 - 12	98
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	22*	5 - 199	1002
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	8,00%	0,00% - 33,33%	9,78%**



	2019	2020	2021
● Max	29,41%	35,71%	33,33%
95. Perzentil	26,47%	29,56%	27,17%
75. Perzentil	16,02%	14,29%	13,04%
Median	6,28%	10,14%	8,00%
25. Perzentil	3,92%	5,56%	5,56%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	26	78,79%

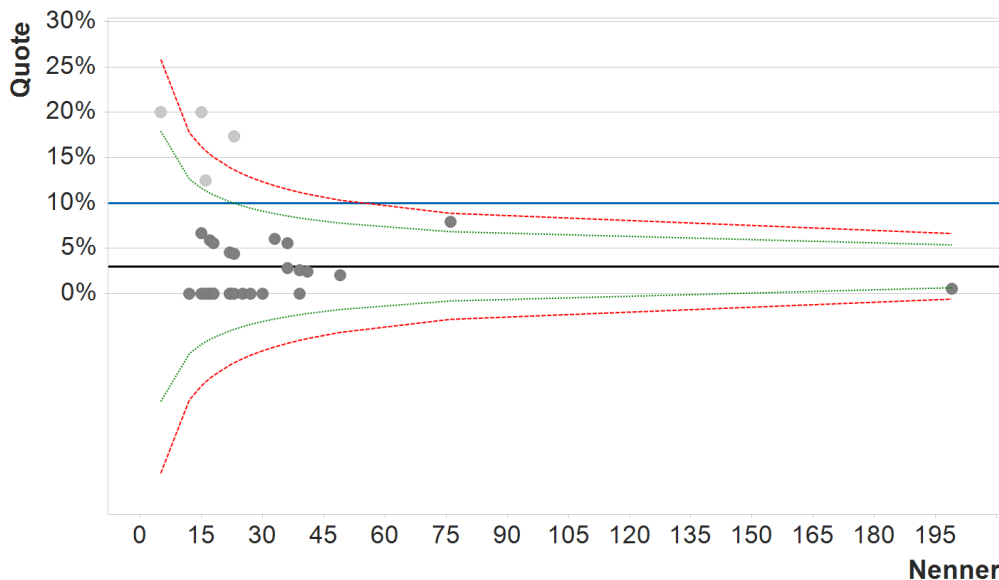
### Anmerkungen:

Insgesamt zeigt sich ein Rückgang der Anastomoseninsuffizienzraten. Allerdings lag 1 Zentrum mehr als im Vorjahr oberhalb der Sollvorgabe von max. 15%. Die Gründe hierfür waren recht unterschiedlich (Komorbiditäten, Probleme mit verwendetem Stapler, personelle Fluktuation) und wurden entsprechend in den Audits aufgearbeitet. Maßnahmen umfassten Anpassungen an den OP-Prozessen (z.B. Indocyanin zur Durchblutungskontrolle, alternative Stapler-Systeme) sowie Schulungen und M&M-Konferenzen.

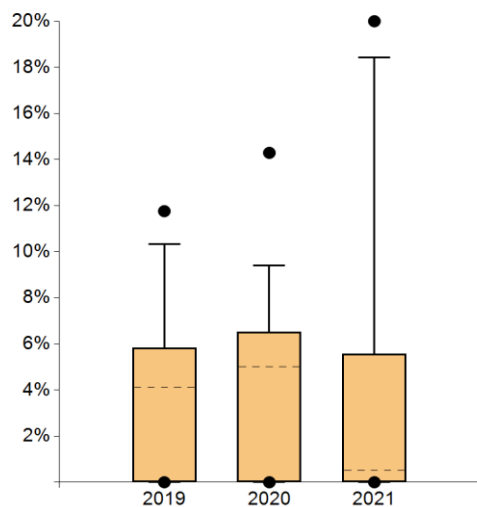
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 17. Mortalität postoperativ (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die postoperativ innerhalb von 30 d verstorben sind	1*	0 - 6	30
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	22*	5 - 199	1002
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	0,50%	0,00% - 20,00%	2,99%**



	2019	2020	2021
● Max	11,76%	14,29%	20,00%
95. Perzentil	10,34%	9,39%	18,43%
75. Perzentil	5,84%	6,51%	5,56%
Median	4,10%	5,00%	0,50%
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 mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	29	87,88%

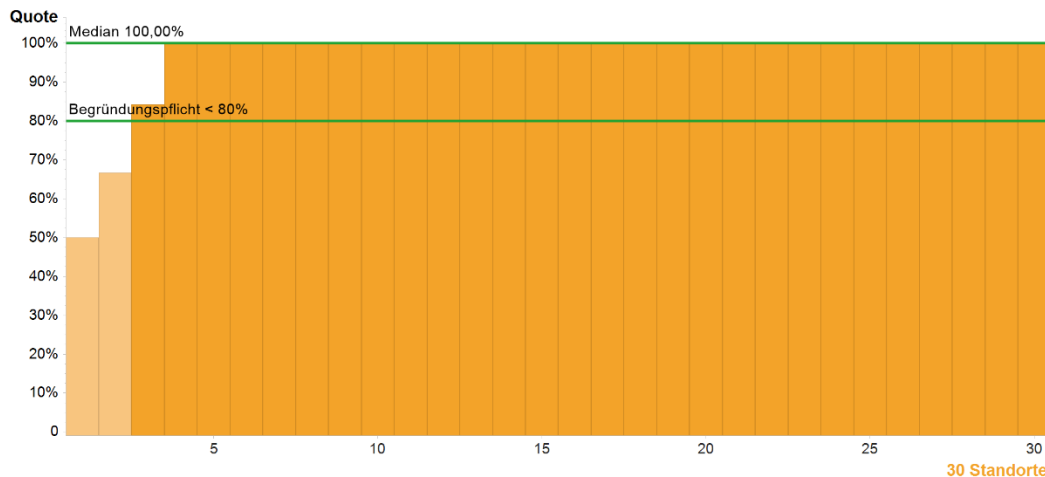
### Anmerkungen:

Median und Gesamtquote bei der postoperativen Mortalität sind deutlich gesunken, die Streuung der Einzelwerte hingegen gestiegen. 4 Zentren hatten Quoten von über 10%. Die entsprechenden Fälle wurden in den Audits thematisiert. Als Gründe nannten die Zentren u.a. kardiale Dekompensation, multiple Komorbiditäten, schlechter Allgemein- bzw. Ernährungszustand, Lungenembolien und weitere. Zu den wichtigsten Maßnahmen zählten die Aufarbeitung in M&M-Konferenzen, die Verbesserung des präoperativen Ernährungsstatus sowie Fortbildungen.

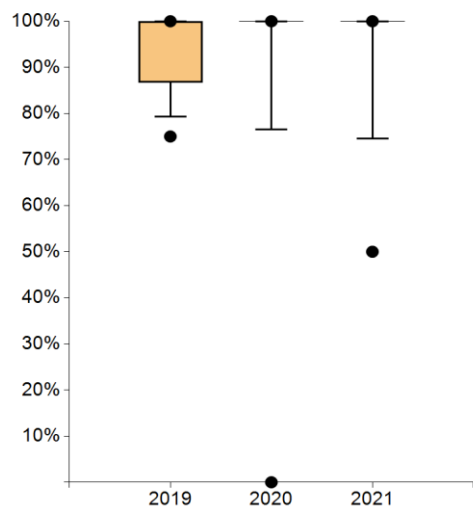
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 18. Präoperative Radiochemotherapie bei cT3/cT4-Plattenepithelkarzinom



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit präoperativer Radiochemotherapie	3*	1 - 16	126
Nenner	Operative Primärfälle mit cT3/cT4-Plattenepithelkarzinom des Ösophagus und chirurgischer OP	3*	1 - 19	131
Quote	Begründungspflicht*** <math>< 80\%</math>	100%	50,00% - 100%	96,18%**



	2019	2020	2021
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%
25. Perzentil	86,68%	100%	100%
5. Perzentil	79,25%	76,50%	74,56%
● Min	75,00%	0,00%	50,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
30	90,91%	28	93,33%

### Anmerkungen:

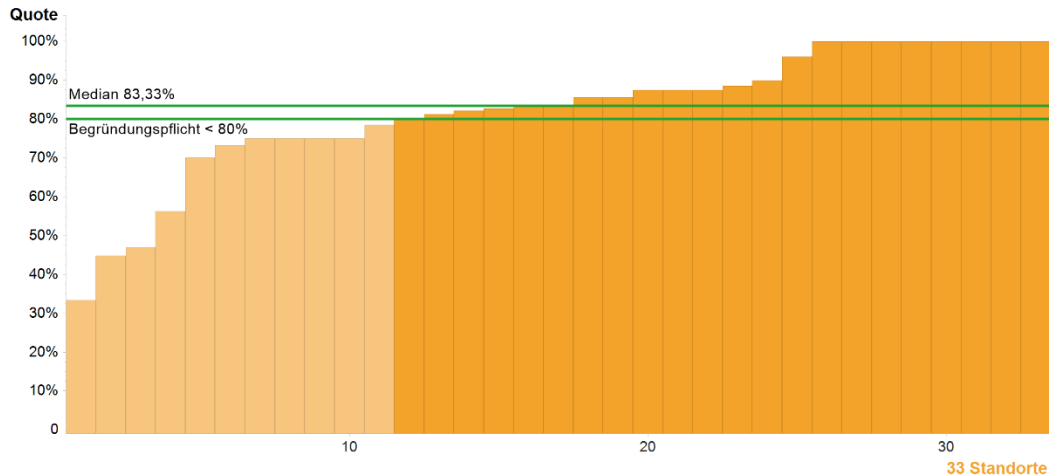
Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind im Vergleich zum Vorjahr relativ konstant. Die teils sehr geringen Pat.zahlen im Nenner sind bei der Interpretation zu berücksichtigen. 2 Zentren waren mit einer Quote von unter 80% begründungspflichtig, wobei jeweils nur 1 Fall ausschlaggebend war. Während 1 Zentrum keine plausible Begründung abgeben konnte, verwies das andere auf einen Pat., der wegen des schlechten Allgemeinzustandes lediglich bestrahlt wurde.

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

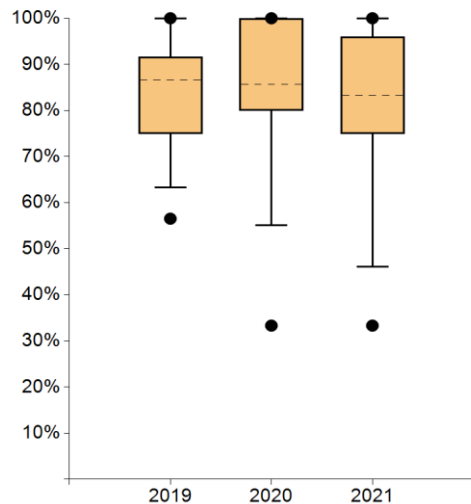
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

## 19. Perioperative Chemotherapie oder präoperative Radiochemotherapie bei Adenokarzinom



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit prä- und postoperativer Chemotherapie oder präoperativer Radiochemotherapie	9*	1 - 56	376
Nenner	Operative Primärfälle mit cT3/cT4 Adenokarzinom des Ösophagus und chirurgischer OP	10*	1 - 125	521
Quote	Begründungspflicht*** <80%	83,33%	33,33% - 100%	72,17%**



	2019	2020	2021
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%
75. Perzentil	91,67%	100%	96,00%
Median	86,61%	85,71%	83,33%
25. Perzentil	75,00%	80,00%	75,00%
5. Perzentil	63,28%	55,12%	46,16%
● Min	56,52%	33,33%	33,33%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	22	66,67%

### Anmerkungen:

Bei leicht rückläufigem Median waren 11 Zentren begründungspflichtig, weil sie unter 80% lagen. Häufigste Gründe waren (z.B. aufgrund des Allgemeinzustandes) nicht applizierbare adjuvante Chemotherapien (6 Nennungen), unmittelbar postoperativ verstorbene Pat. (5x) und Einzelfallentscheidungen für ein abweichendes Vorgehen. In der Regel ließen sich die Begründungen in den Audits plausibilisieren.

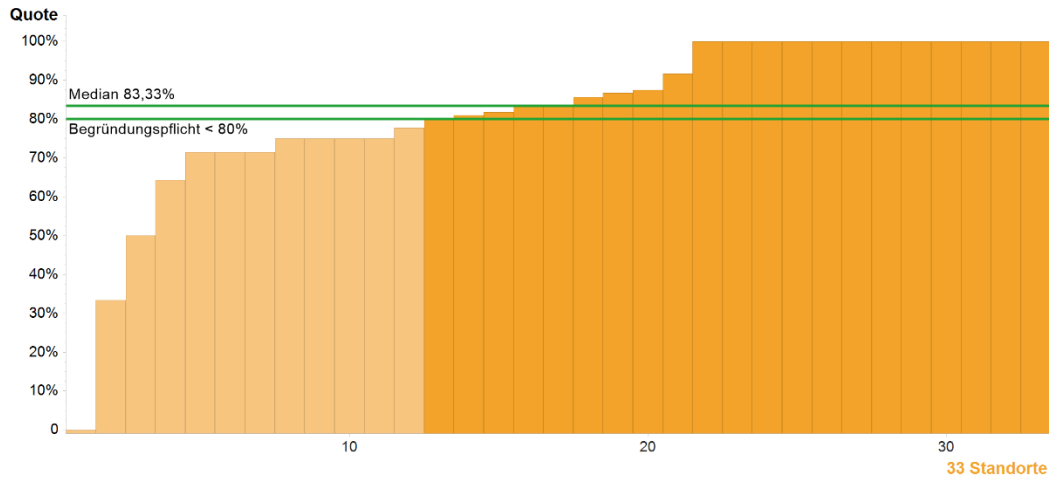
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

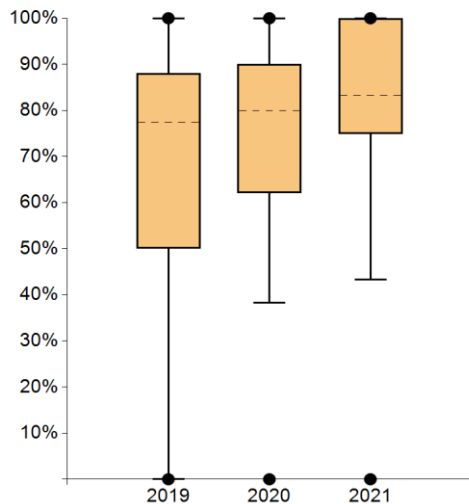
\*\*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.



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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit systemischer Chemotherapie (Erstlinie)	5*	0 - 21	200
Nenner	Primärfälle mit metastasiertem Adenokarzinom des Ösophagus	6*	1 - 24	244
Quote	Begründungspflicht*** <80%	83,33%	0,00% - 100%	81,97%**



	2019	2020	2021
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%
75. Perzentil	88,06%	90,00%	100%
Median	77,50%	80,00%	83,33%
25. Perzentil	50,00%	62,15%	75,00%
5. Perzentil	0,00%	38,33%	43,33%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	21	63,64%

### Anmerkungen:

Median und Gesamtquote dieses Qualitätsindikators der Leitlinie haben sich kontinuierlich verbessert. Wie im Vorjahr waren 12 Zentren begründungspflichtig. 6 von ihnen verwiesen auf frühzeitig verstorbene Pat., jeweils 3 auf die Entscheidung, nur Best supportive care durchzuführen, bzw. auf multimorbide Pat. Die Begründungen ließen sich in den Audits plausibilisieren.

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

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

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

## Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Zertifizierungskommission Speiseröhrenkrebszentren  
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](http://www.onkozert.de)

Version e-A1-de; Stand 03.05.2023

**ISBN:** 978-3-910336-16-2



9 783910 336162