



Kennzahlenauswertung 2024

Jahresbericht der zertifizierten Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten

Auditjahr 2023 / Kennzahlenjahr 2022



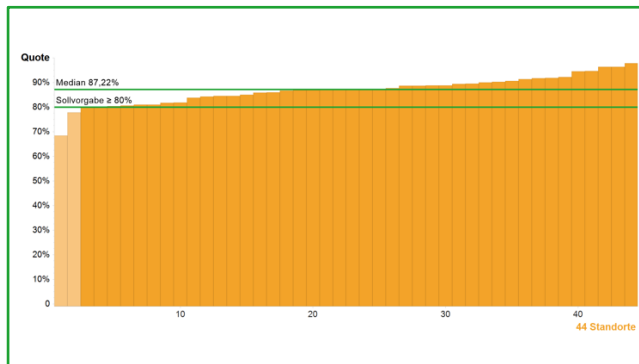
Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems der Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten 2023	5
Berücksichtigte Standorte	6
Kennzahlenauswertungen	7
Kennzahl Nr. 1: Vorstellung Tumorkonferenz	7
Kennzahl Nr. 2: Teilnahme an interdisziplinärer Tumorkonferenz	8
Kennzahl Nr. 3: Dokumentation (mind. Skizze) der Sichtbarkeit der Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze (bei Kolposkopie der Cervix uteri)	9
Kennzahl Nr. 4: Durchführung Abklärungskolposkopie (LL QI)	10
Kennzahl Nr. 5: Auffällige Befunde bei Exzision	11
Kennzahl Nr. 6: Angaben Befundbericht	12
Kennzahl Nr. 7: Anteil R0-Resektion bei CIN III	15
Kennzahl Nr. 8: Nachsorge nach Exzision	16
Kennzahl Nr. 9: Anteil Messerkonisation an Exzisionen (LL QI)	17
Impressum	18

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

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit R0-Resektion	78,5*	32 - 331	4430
Nenner	Pat. mit Exzision und histolog. Befund CIN III	90*	37 - 360	5082
Quote	Sollvorgabe $\geq 80\%$	87,22%	68,42% - 97,83%	87,17%**



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 eine bestehende Einheit, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

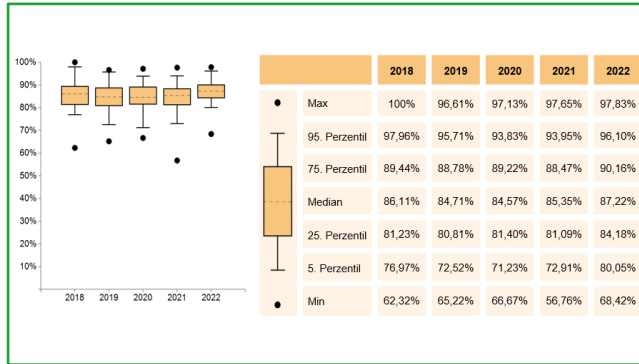
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Einheiten angegeben.

In der Spalte **Pat. Gesamt** sind die Summe aller gemäß der Kennzahl behandelten Pat. sowie die dazugehörige Quote dargestellt.

Diagramm:

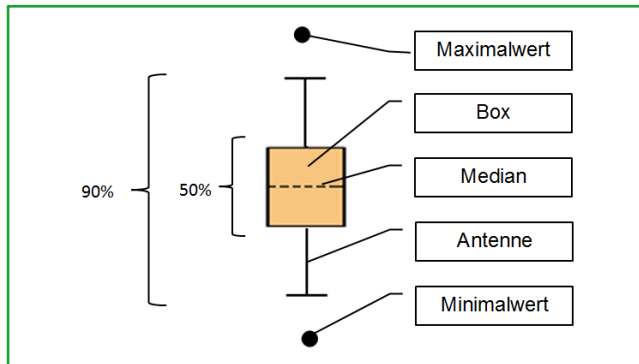
Die x-Achse gibt die Anzahl der Einheiten wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich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

Allgemeine Informationen



Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2018, 2019, 2020, 2021** und **2022** 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 Einheiten. Der Median teilt die gesamte Kohorte in zwei Hälften mit der gleichen Anzahl an Einheiten. Die Antennen und die Box umfassen 90 Prozent der Einheiten. Die Extremwerte werden hier als Punkte abgebildet.

Stand des Zertifizierungssystems der Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten 2023

Gyn. Dysplasie-Einheiten	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018
Laufende Verfahren	1	3	6	2	2	2
Zertifizierte Gyn. Dysplasie-Einheiten	44	42	39	38	35	30

Gyn. Dysplasie-Sprechstunden	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018
Gyn. Dysplasie-Sprechstunden gesamt*	301	283	247	200	144	125

* Änderungen der Gesamtzahl bedingt durch Bereinigungen von Doppelzertifikaten (Dysplasie-Einheit/-Sprechstunde) sowie Deaktivierung von AGCPC-Sprechstunden, die nach Ablauf des „alten“ Zertifikates keine Re-Zertifizierung nach den „neuen“ Kriterien der DKG/AGCPC beantragten.

Berücksichtigte Standorte

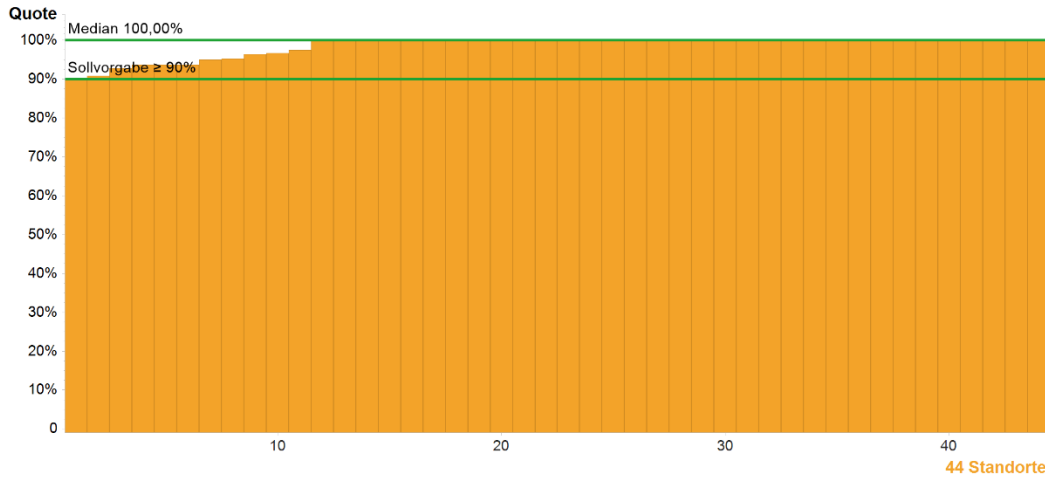
Kennzahlenjahr	2022	2021	2020	2019	2018
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte – Gyn. Dysplasie-Einheiten	44	40	39	37	35
entspricht	100%	95,2%	100%	97,4%	100%

Im Jahresbericht sind alle 44 zertifizierten Dysplasie-Einheiten enthalten.

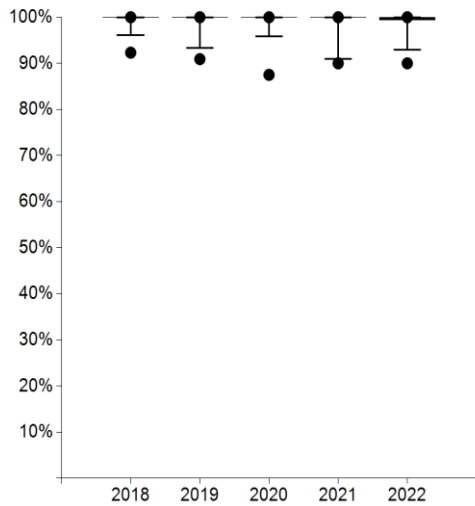
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im gemeinsamen Zertifizierungssystem der AG CPC, DKG, DGGG und AGO zertifizierten Gyn. Dysplasie-Einheiten.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2022.

1. Vorstellung Tumorkonferenz



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz des Gynäkologischen Krebszentrums vorgestellt wurden	15,5*	3 - 88	906
Nenner	Pat. mit einem invasiven Karzinom aus der Dysplasie-Einheit	16*	3 - 88	919
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	90,00% - 100%	98,59%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	100%	100%	100%	99,36%
5. Perzentil	96,09%	93,30%	95,90%	90,91%	92,99%
● Min	92,31%	90,91%	87,50%	90,00%	90,00%

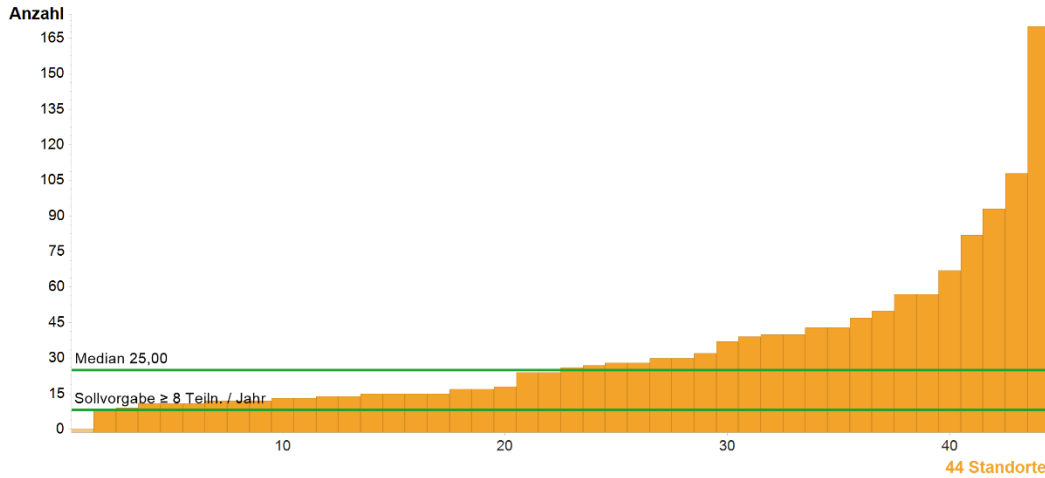
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
44	100,00%	44	100,00%

Anmerkungen:

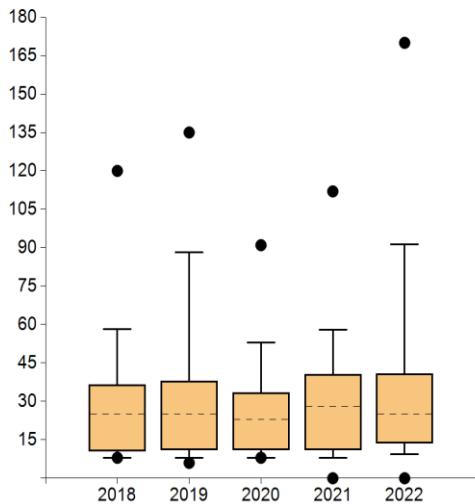
Wie in den Vorjahren wird die Kennzahl von den Einheiten sehr gut umgesetzt. Fast 99% aller Pat. mit einem invasiven Karzinom werden in der Tumorkonferenz des GZ vorgestellt. Alle Dysplasie-Einheiten erfüllen die Sollvorgabe von ≥ 90%.

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

2. Teilnahme an interdisziplinärer Tumorkonferenz



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Teilnahme an Tumorkonferenz des Gynäkologischen Krebszentrums	25	0 - 170	1474
	Sollvorgabe ≥ 8 Teiln. / Jahr			



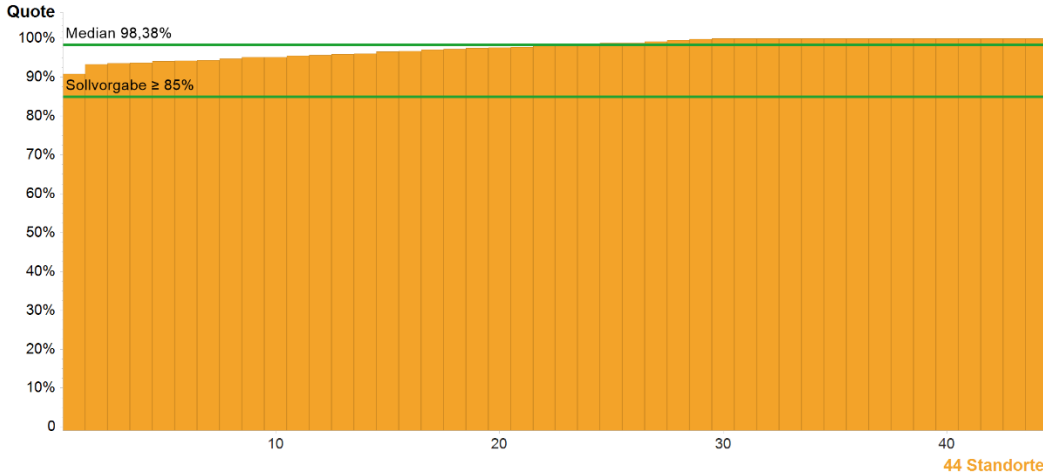
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	120,00	135,00	91,00	112,00	170,00
95. Perzentil	58,30	88,20	53,00	58,05	91,35
75. Perzentil	36,50	38,00	33,50	40,50	40,75
Median	25,00	25,00	23,00	28,00	25,00
25. Perzentil	10,50	11,00	11,00	11,00	13,75
5. Perzentil	8,00	8,00	8,00	8,00	9,30
● Min	8,00	6,00	8,00	0,00	0,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
44	100,00%	43	97,73%

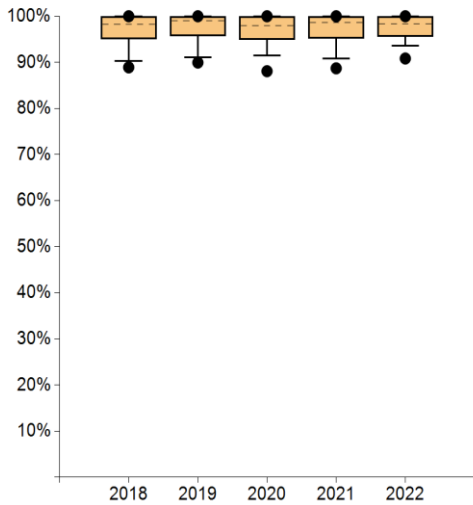
Anmerkungen:

Die Umsetzung der Kennzahl liegt auf dem Niveau der Vorjahre: 43 von 44 Einheiten (97,7%) nehmen $\geq 8x$, z.T. auch mit mehreren Kolleg:innen, an der Tumorkonferenz des GZ teil. 1 Einheit hat nicht an der Tumorkonferenz d. zertifizierten GZ teilgenommen u. dies mit einem Covid-bedingten Teilnahmeverbot begründet. Gleichzeitig wird beschrieben, dass telefonische Absprachen mit der Leitung des GZ erfolgten u. alle Fälle in der hausinternen Tumorkonferenz besprochen wurden.

3. Dokumentation (mind. Skizze) der Sichtbarkeit der Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, bei denen die Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze dokumentiert (mind. Skizze) wurde	767*	315 - 2222	39286
Nenner	Pat. mit Kolposkopie der Cervix uteri	795,5*	331 - 2280	40177
Quote	Sollvorgabe ≥ 85%	98,38%	90,83% - 100%	97,78%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	98,26%	99,08%	97,96%	98,62%	98,38%
25. Perzentil	95,04%	95,67%	94,86%	95,14%	95,64%
5. Perzentil	90,35%	91,09%	91,48%	90,87%	93,58%
● Min	88,91%	89,95%	88,08%	88,70%	90,83%

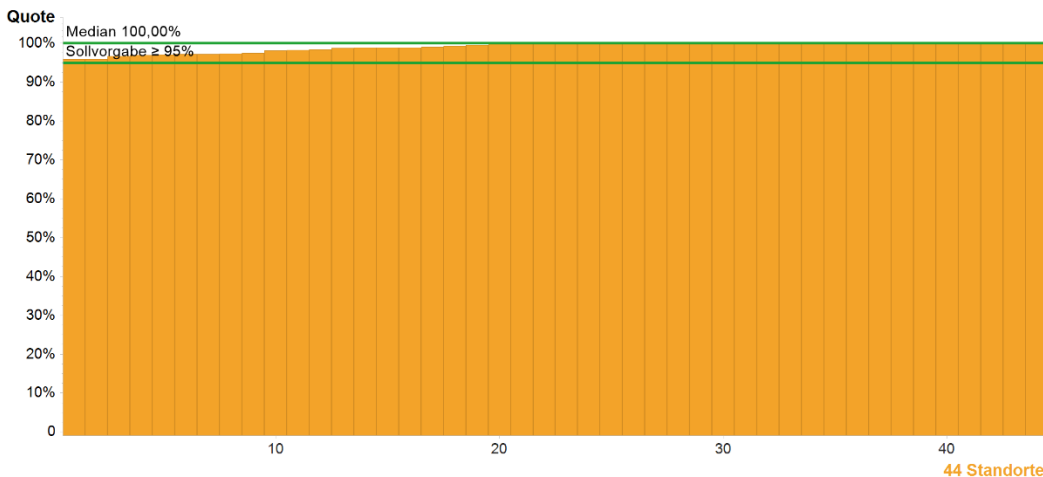
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
44	100,00%	44	100,00%

Anmerkungen:

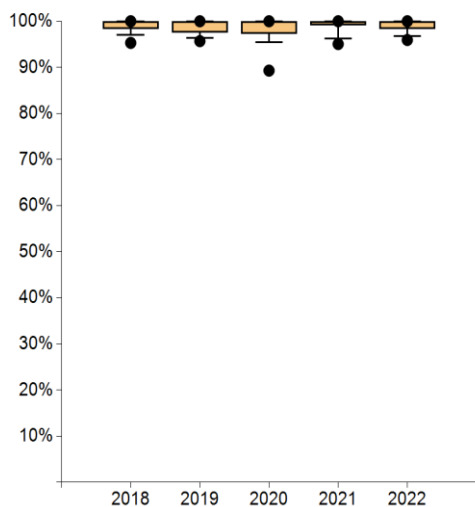
Die Vorgaben der Kennzahl werden durch alle Dysplasie-Einheiten erfüllt. Bei 97,8% der betrachteten Pat. wurde die Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze dokumentiert (Median 98,4%, Range 90,8% – 100%).

* 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. Durchführung Abklärungskolposkopie (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, bei denen eine Abklärungskolposkopie präoperativ in der Dysplasie-Einheit durchgeführt wurde	138,5*	63 - 555	8395
Nenner	Pat., bei denen eine Exzision an der Cervix uteri durchgeführt wurde	139*	63 - 555	8459
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	95,93% - 100%	99,24%**



	2018	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	98,33%	97,62%	99,14%	98,42%
5. Perzentil	97,09%	95,45%	96,26%	96,74%
● Min	95,30%	89,29%	95,05%	95,93%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
44	100,00%	44	100,00%

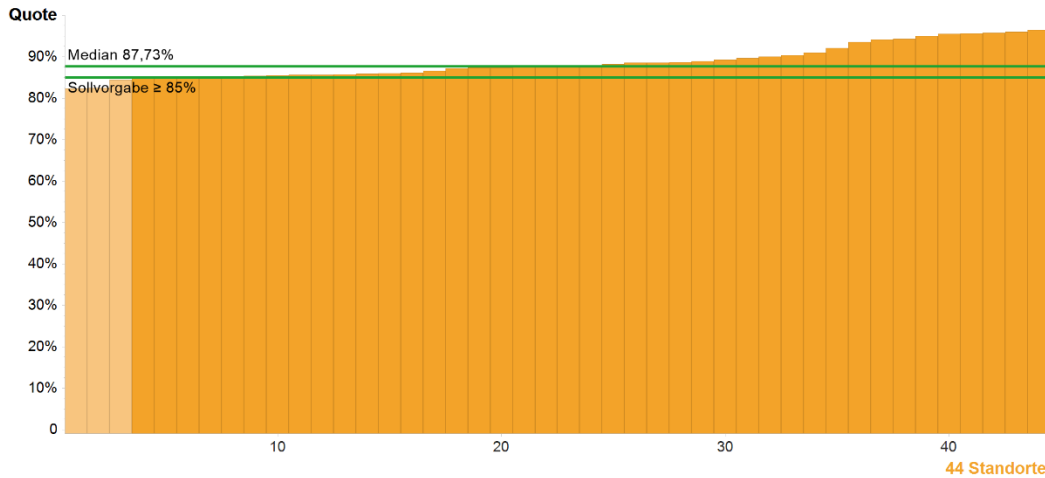
Anmerkungen:

Die Ergebnisse für diese Kennzahl sind wie in den Vorjahren auf hohem Niveau stabil. Bei annähernd allen Pat. mit Exzision wurde präoperativ eine Abklärungskolposkopie durchgeführt (8.395 von 8.459 Pat.; ca. 99%).

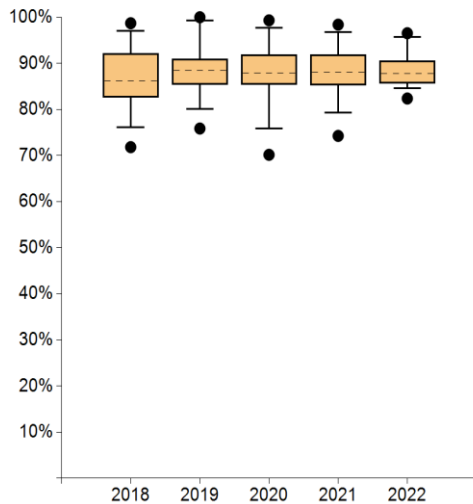
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

5. Auffällige Befunde bei Exzision



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit führender Histologie ≥ CIN 2	120*	54 - 500	7496
Nenner	Pat., bei denen eine Exzision an der Cervix uteri durchgeführt wurde	139*	63 - 555	8459
Quote	Sollvorgabe ≥ 85%	87,73%	82,37% - 96,53%	88,62%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	98,70%	100%	99,32%	98,39%	96,53%
95. Perzentil	97,04%	99,28%	97,74%	96,78%	95,74%
75. Perzentil	92,08%	90,91%	91,92%	91,90%	90,59%
Median	86,21%	88,49%	87,93%	88,04%	87,73%
25. Perzentil	82,65%	85,33%	85,38%	85,23%	85,71%
5. Perzentil	76,13%	80,14%	75,91%	79,35%	84,53%
● Min	71,82%	75,86%	70,16%	74,26%	82,37%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
44	100,00%	41	93,18%

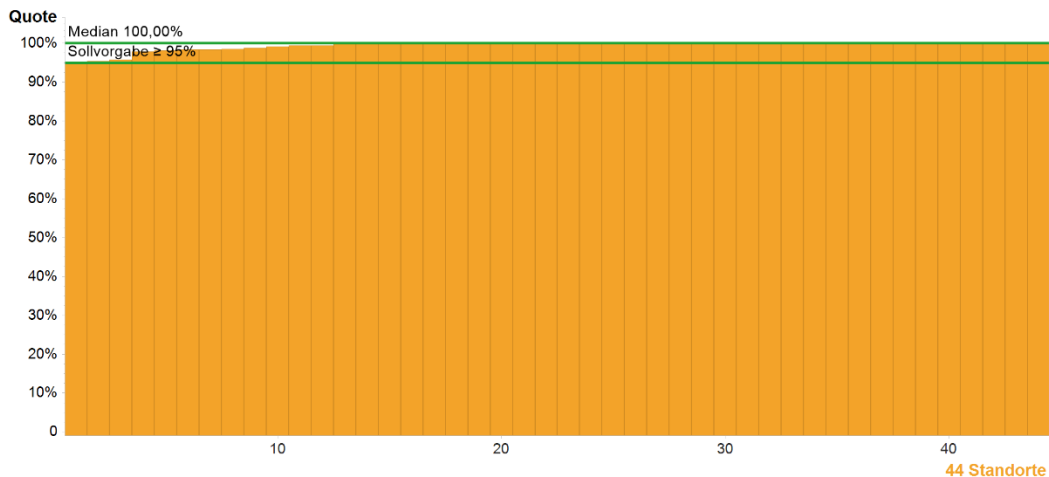
Anmerkungen:

Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich mit > 93% eine deutl. Zunahme an Einheiten, die die Sollvorgabe für diese Kennzahl erreichen (Vorjahr 80%). In 3 Einheiten wird die Sollvorgabe von mind. 85% ≥ CIN 2-Läsionen nach Exzision verfehlt. Die Begründungen waren ausführlich dargelegt u. in den Audits nachvollziehbar. Es handelte sich um erstmalige (knappe) Unterschreitungen d. Sollvorgabe bzw. es konnte für das Folgejahr bereits wieder die Erfüllung der Sollvorgabe dargelegt werden.

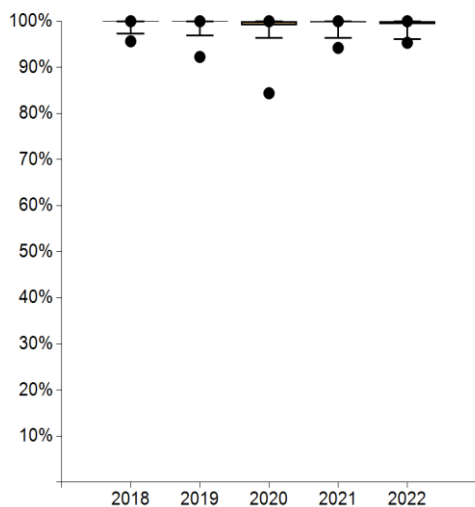
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

6. Angaben Befundbericht



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit vollständiger, schriftlicher histologischer Beurteilung der Exzision (= Art u. Größe bei allen Läsionen (nicht metrisch), vertikale u. horizontale Ausdehnung bei inv. Läsionen, Resektionsränder, Abstand Läsion zum endozervikalen Resektionsrand in mm)	181,5*	74 - 736	10014
Nenner	Pat., bei denen eine Exzision an der Cervix uteri, Vulva, Vagina durchgeführt wurde (Summe Exzisionen EB Kap. A.2)	184*	74 - 736	10064
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	95,32% - 100%	99,50%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	100%	99,10%	99,79%	99,46%
5. Perzentil	97,36%	96,88%	96,37%	96,41%	96,10%
● Min	95,65%	92,26%	84,38%	94,22%	95,32%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
44	100,00%	44	100,00%

Anmerkungen:

Die Kennzahl wird nahezu vollständig umgesetzt (Gesamtquote > 99%). Von allen Dysplasie-Einheiten wird die Sollvorgabe für die Kennzahl zum vollständigen histologischen Befundbericht erfüllt.

* 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.

Individueller Jahresbericht - Benchmark

Individueller Jahresbericht - Standortspezifische Kennzahlenauswertung eines Zentrums

Was ist der individuelle Jahresbericht?

Im individuellen Jahresbericht werden die standortspezifischen Zentrumsdaten abgebildet und in Vergleich zu den anderen zertifizierten Zentren im jeweiligen Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft gesetzt. Darüber hinaus wird die individuelle Entwicklung des Zentrums über den Verlauf der Zeit dargestellt.

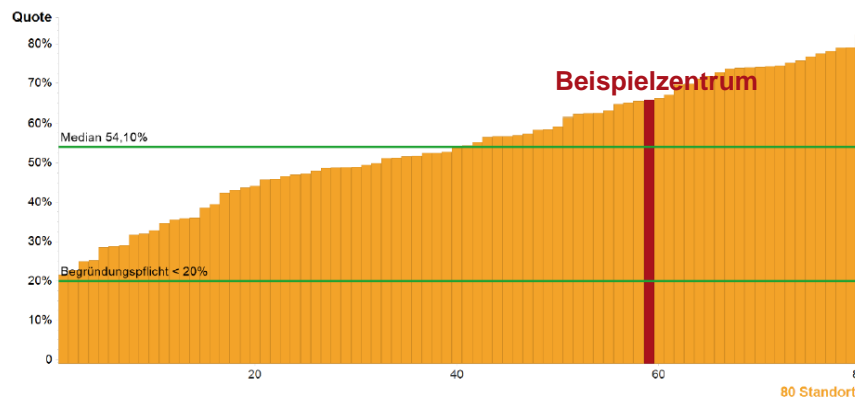
Inhalte und Gestaltung eines individuellen Jahresberichtes orientieren sich an den allgemeinen Jahresberichten. Ein Beispiel für einen individuellen Jahresbericht ist auf www.onkoziert.de unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich.

Wer kann den individuellen Jahresbericht erhalten?

Voraussetzung für die Erstellung des individuellen Jahresberichtes ist die Veröffentlichung des allgemeinen Jahresberichtes (Bekanntgabe u.a. auf www.onkoziert.de) sowie die Abbildung des eigenen Zentrums im allgemeinen Jahresbericht (beispielsweise sind Zentren mit Erstzertifizierung im Auditjahr nicht abgebildet).

Bei mehrstandortigen Zentren wird jeder Standort in einem eigenständigen individuellen Jahresbericht abgebildet.

Für Onkologische Zentren ist aktuell nur der allgemeine Jahresbericht verfügbar.



Beispielzentrum (roter Balken) im Vergleich zu den anderen zertifizierten Zentren

	Kennzahldefinition	Beispielzentrum				
		2018	2019	2020	2021	2022
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	219	263	220	240	237
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv (Lokal, regionale LK-Metastasen) und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	321	362	331	355	360
Quote	Begründungspflicht* <20%	68,22%	72,65%	66,47%	67,61%	65,83%

Individuelle Entwicklung des Beispielzentrums im Zeitverlauf

**Auszug aus einem individuellen Jahresbericht
(Kennzahl Beratung Sozialdienst)**

Individueller Jahresbericht - Benchmark

Wie kann man den individuellen Jahresbericht erhalten?

Der individuelle Jahresbericht wird elektronisch als PowerPoint-Datei auf der Plattform [Data-WhiteBox](#) zum Download bereitgestellt.

Der Zugang zu einem individuellen Jahresbericht unterscheidet sich je nach Zertifizierungssystem:

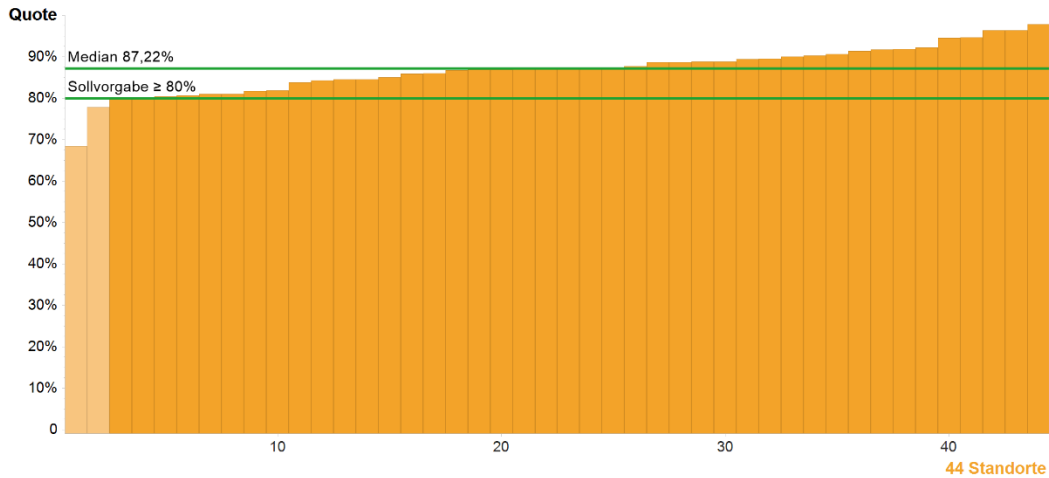
Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- Auf Beschluss der jeweiligen Zertifizierungskommission wird der individuelle Jahresbericht für alle Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren bereitgestellt.
- Die Zentren (Zentrumsleitung und Zentrumskoordination) werden per E-Mail durch OnkoZert über die Verfügbarkeit des jeweiligen individuellen Jahresberichtes informiert.
- Die Zugangsdaten zum Abruf des individuellen Jahresberichtes liegen der Zentrumsleitung und Zentrumskoordination vor (einmalige Zusendung der Zugangsdaten).

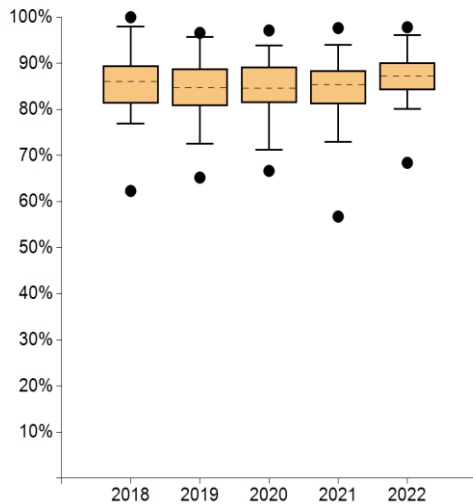
Alle anderen Organkrebszentren / Module

- Die Zentren (Zentrumsleitung und Zentrumskoordination) werden per E-Mail durch OnkoZert über die grundsätzliche Verfügbarkeit der individuellen Jahresberichte informiert. Ab diesem Zeitpunkt kann ein individueller Jahresbericht optional kostenpflichtig bestellt werden.
- Das „Bestellformular Individueller Jahresbericht“ ist auf www.onkozert.de unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich. Eine Bestellung ist nur durch Personen möglich, die bei OnkoZert als Ansprechpartner (z.B. Zentrumsleitung, Zentrumskoordination, QMB, etc.) registriert sind.
- Die Kosten für die jeweiligen individuellen Jahresberichte sind auf dem Formular aufgeführt.
- Die Erstelldauer beträgt nach Bestelleingang ca. 3 Wochen.

7. Anteil R0-Resektion bei CIN III



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit R0-Resektion	78,5*	32 - 331	4430
Nenner	Pat. mit Exzision und histolog. Befund CIN III	90*	37 - 360	5082
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	87,22%	68,42% - 97,83%	87,17%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	96,61%	97,13%	97,65%	97,83%
95. Perzentil	97,96%	95,71%	93,83%	93,95%	96,10%
75. Perzentil	89,44%	88,78%	89,22%	88,47%	90,16%
Median	86,11%	84,71%	84,57%	85,35%	87,22%
25. Perzentil	81,23%	80,81%	81,40%	81,09%	84,18%
5. Perzentil	76,97%	72,52%	71,23%	72,91%	80,05%
● Min	62,32%	65,22%	66,67%	56,76%	68,42%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
44	100,00%	42	95,45%

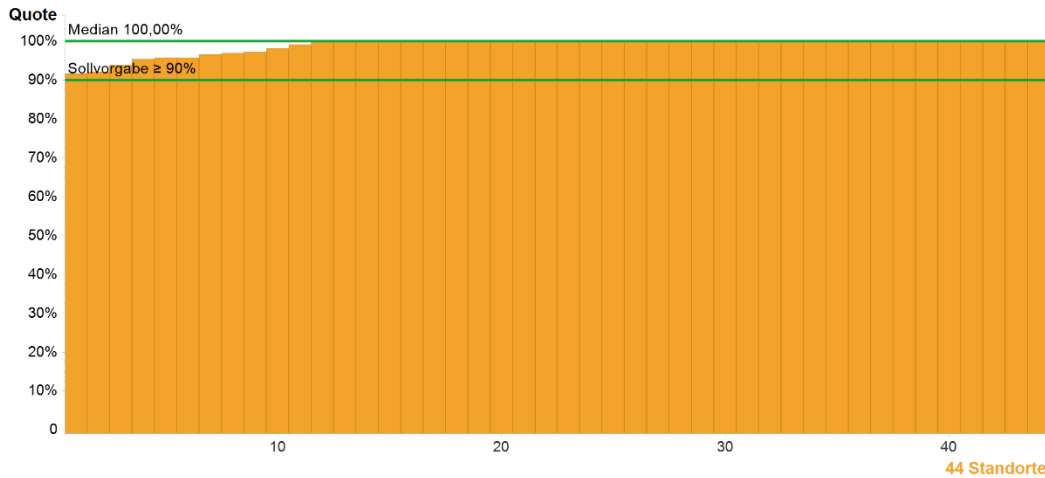
Anmerkungen:

Auch für diese Kennzahl ist eine Zunahme an Dysplasie-Einheiten zu verzeichnen, die die Sollvorgaben erfüllen (Anstieg von 87,5% auf 95,5%). Die beiden Einheiten mit (wiederholt) R0-Resektionsraten < 80% begründeten dies mit einem hohen Anteil an jungen Pat. und noch nicht abgeschlossener Familienplanung bei diesen Pat.

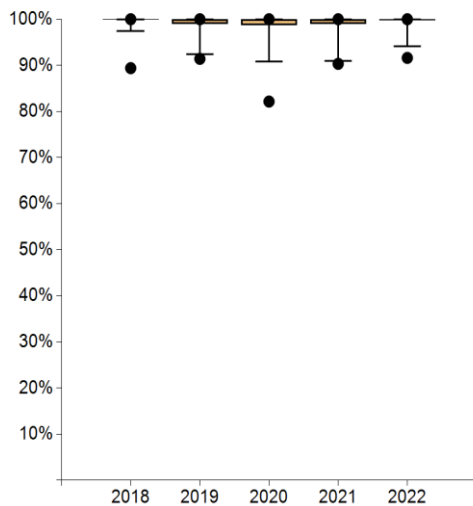
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

8. Nachsorge nach Exzision



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Empfehlung zur Nachsorge einmalig 6-12 Mo. nach Exzision	135*	63 - 555	8391
Nenner	Pat. bei denen eine Exzision an der Cervix uteri durchgeführt wurde	139*	63 - 555	8459
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	91,61% - 100%	99,20%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	98,99%	98,74%	99,00%	99,80%
5. Perzentil	97,49%	92,45%	90,79%	91,00%	94,14%
● Min	89,39%	91,41%	82,14%	90,32%	91,61%

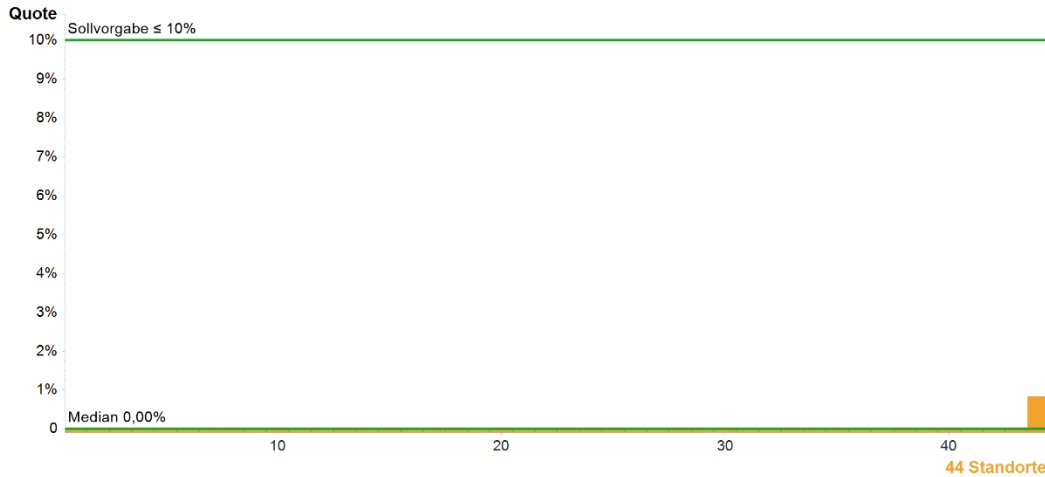
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
44	100,00%	44	100,00%

Anmerkungen:

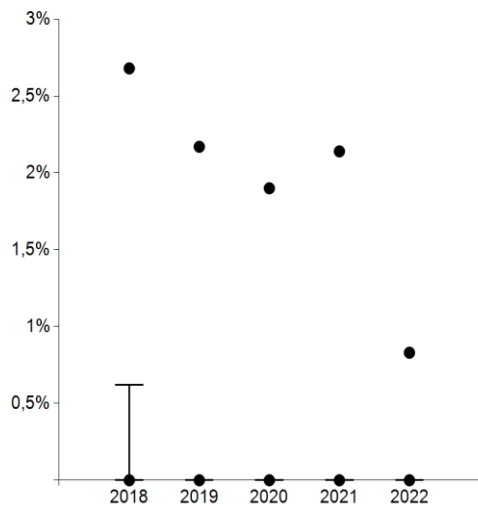
Für die Kennzahl „Nachsorge nach Exzision“ zeigt sich, wie in den Vorjahren, eine sehr gute Umsetzung. 99,2% aller Pat., die bei dieser Kennzahl betrachtet werden, haben eine entsprechende Empfehlung zur Nachsorge erhalten. Alle Einheiten erfüllen die Sollvorgabe von ≥ 90%.

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

9. Anteil Messerkonisation an Exzisionen (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Messerkonisation	0*	0 - 1	1
Nenner	Pat. bei denen eine Exzision an der Cervix uteri durchgeführt wurde	139*	63 - 555	8459
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	0,00%	0,00% - 0,83%	0,01%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	2,68%	2,17%	1,90%	2,14%	0,83%
95. Perzentil	0,62%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
75. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Median	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
25. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
44	100,00%	44	100,00%

Anmerkungen:
Alle Dysplasie-Einheiten bleiben unter der Sollvorgabe von ≤ 10%. Nur 1 von 8.459 Pat. hat eine Messerkonisation erhalten.

* 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.

Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V.
Arbeitsgemeinschaft Zervixpathologie und Kolposkopie e.V.
Zertifizierungskommission Gynäkologische Krebszentren
Matthias W. Beckmann, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Christian Dannecker, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Jens Quaas, Arbeitsgemeinschaft Zervixpathologie & Kolposkopie e.V.
Birgit Klages, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Agnes Bischofberger, 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 03.09.2024

ISBN: 978-3-910336-30-8



9 783910 336308