



# Kennzahlenauswertung 2024

## Jahresbericht der zertifizierten Pankreaskarzinomzentren

Auditjahr 2023 / Kennzahlenjahr 2022

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	3
Allgemeine Informationen .....	3
Stand des Zertifizierungssystems für Pankreaskarzinomzentren 2023 .....	5
Berücksichtigte Standorte .....	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten .....	7
Basisdatenauswertung .....	8
Kennzahlenauswertungen .....	11
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle Zentrum .....	11
Kennzahl Nr. 1b: Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen .....	12
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung .....	13
Kennzahl Nr. 3: Postoperative Fallvorstellung .....	14
Kennzahl Nr. 4: Psychoonkologische Betreuung .....	15
Kennzahl Nr. 5: Beratung Sozialdienst .....	16
Kennzahl Nr. 6: Anteil Studienpat. ....	17
Kennzahl Nr. 7a: Endoskopie Komplikationen - Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1) .....	20
Kennzahl Nr. 7b: Endoskopie Komplikationen - Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1) .....	21
Kennzahl Nr. 8: Operative Primärfälle Pankreas .....	22
Kennzahl Nr. 9: Operative Expertise Pankreas gesamt .....	23
Kennzahl Nr. 10: Revisions-OPs Pankreas .....	24
Kennzahl Nr. 11: Postoperative Wundinfektion .....	25
Kennzahl Nr. 12: Mortalität postoperativ .....	26
Kennzahl Nr. 13: Lokale R0-Resektionen Pankreas (LL QI) .....	27
Kennzahl Nr. 14: Lymphknotenentfernung (LL QI) .....	28
Kennzahl Nr. 15: Inhalt Pathologieberichte (LL QI) .....	29
Kennzahl Nr. 16: Adjuvante Chemotherapie (LL QI) .....	30
Kennzahl Nr. 17: Palliative Chemotherapie (LL QI) .....	31
Kennzahl Nr. 18: Primäre Resektion bei metastasiertem Pankreaskarzinom (LL QI) .....	32
Kennzahl Nr. 19: Zweitlinientherapie (LL QI) .....	33
Impressum .....	34

## Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 10: Revisions-OPs Pankreas .....  
 Kennzahl Nr. 11: Postoperative Wundinfektion.....  
 Kennzahl Nr. 12: Mortalität postoperativ.....  
 Kennzahl Nr. 13: Lokale R0-Resektionen Pankreas (LL QI) ..  
 Kennzahl Nr. 14: Lymphknotenentfernung (LL QI) .....  
 Kennzahl Nr. 15: Inhalt Pathologieberichte (LL QI) .....

### 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).

Die Qualitätsindikatoren (QI's) beziehen sich auf die Version 2.0 der S3-LL zum exokrinen Pankreaskarzinom.

### 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.

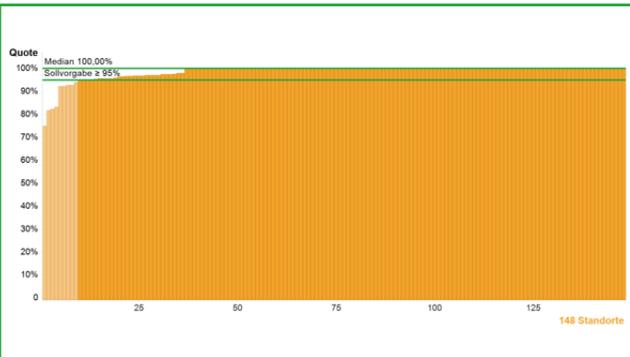
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

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

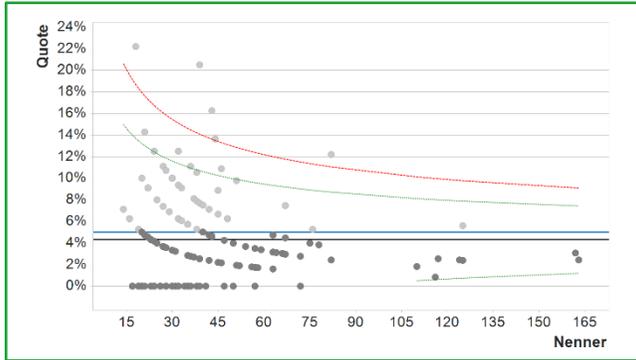
### Diagramm:

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.

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	17*	6 - 70	3053
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524* und 5-525* mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	17*	6 - 73	3100
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	75,00% - 100%	98,48%**

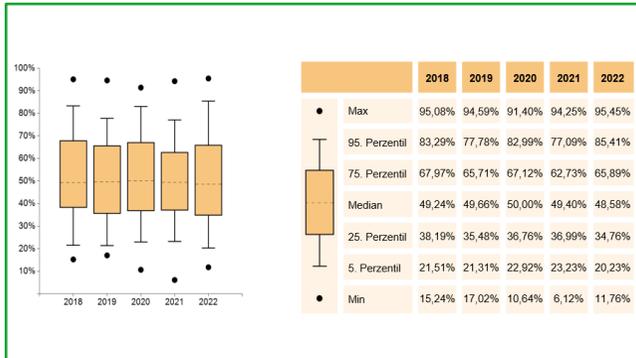


## Allgemeine Informationen



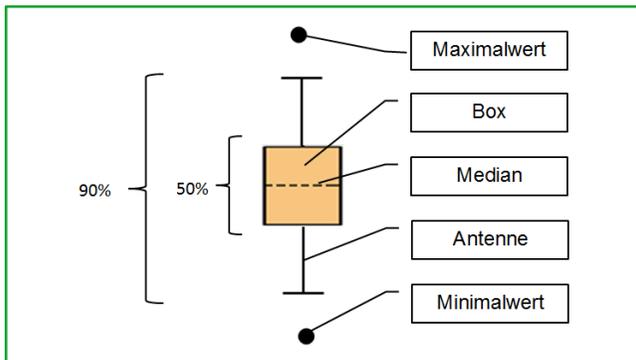
### Funnel Plots:

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 und der Mittelwert als schwarze durchgezogene Linie dargestellt. Die grün gepunkteten Linien stellen dabei die 95%-Konfidenzintervalle (2 Standardabweichungen des Mittelwerts), die rot gestrichelten Linien die 99,7%-Konfidenzintervalle (3 Standardabweichungen des Mittelwerts) dar.



### Kohortenentwicklung:

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

## Stand des Zertifizierungssystems für Pankreaskarzinomzentren 2023

	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018
Laufende Verfahren	5	5	6	5	8	5
Zertifizierte Zentren	152	143	133	124	117	112
Zertifizierte Standorte	154	145	136	127	120	115

## Berücksichtigte Standorte

	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	148	139	131	121	116	106
entspricht	96,1%	95,9%	96,3%	95,3%	96,7%	92,2%
Primärfälle gesamt*	7.276	7.189	6.759	6.068	5.683	5.104
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	49	52	52	50	49	48
Primärfälle pro Standort (Median)*	44	46	45	49	43	45

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

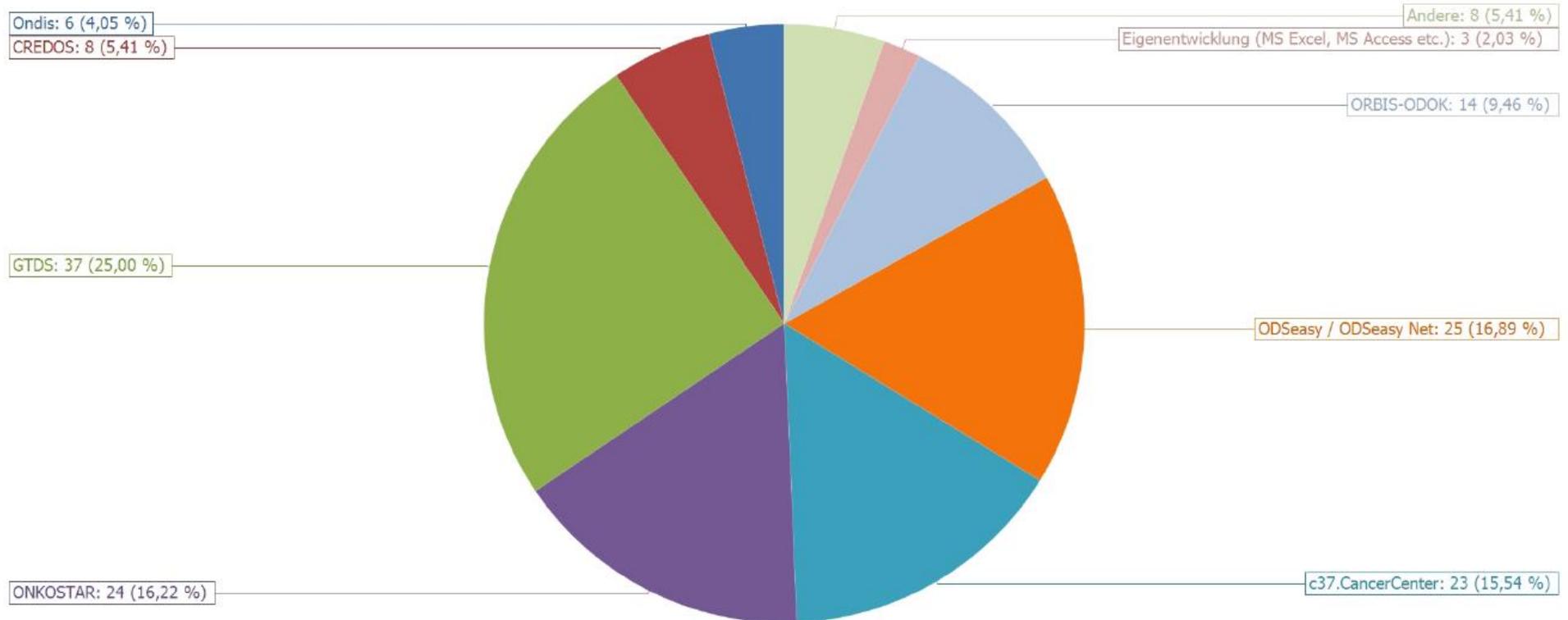
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Pankreaskarzinomzentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 148 der 154 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 6 Standorte, die im Jahr 2023 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend).

In 154 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 7.485 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter [www.oncomap.de](http://www.oncomap.de) aufgeführt.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2022. Sie stellen für die in 2023 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

## Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten

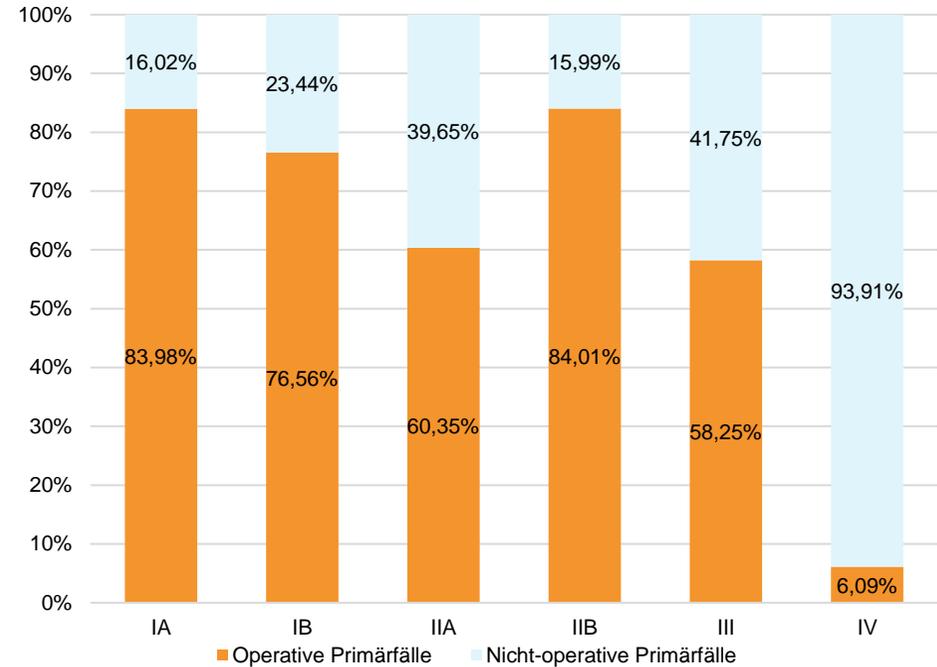
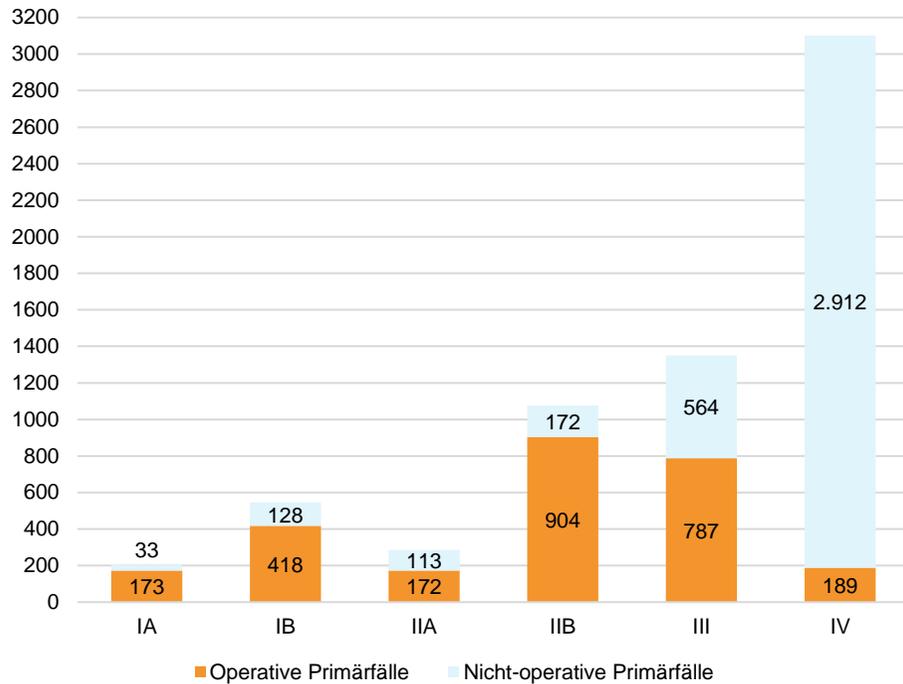


Legende:

Andere System in ≤ 3 Standorten genutzt

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.

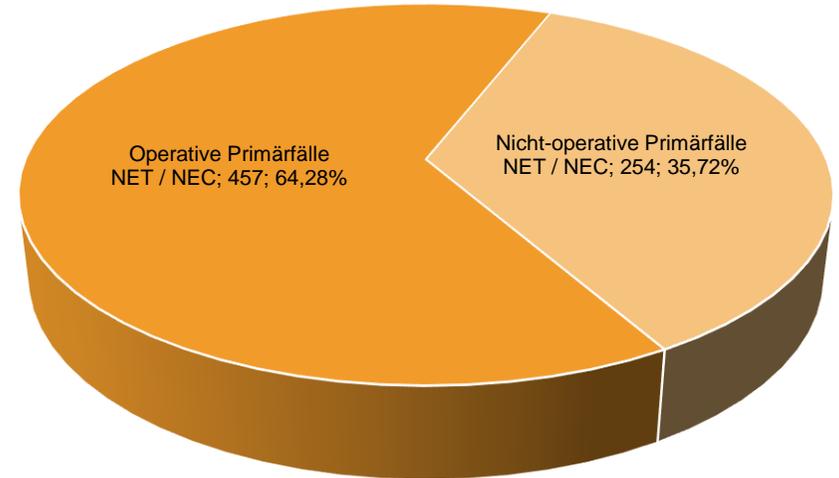
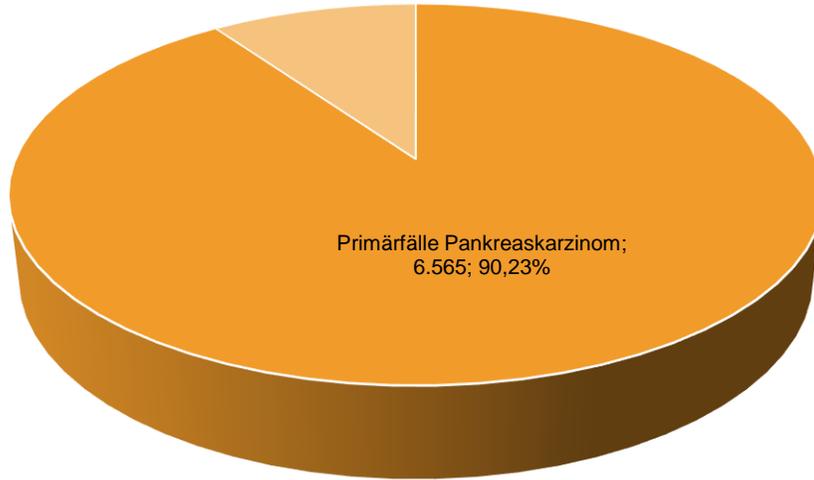
## Basisdaten – Primärfälle Pankreaskarzinom (Karzinome des exokrinen Pankreas)



	IA	IB	IIA	IIB	III	IV	Gesamt
<b>Operative Primärfälle</b>	173 (83,98%)	418 (76,56%)	172 (60,35%)	904 (84,01%)	787 (58,25%)	189 (6,09%)	2.643 (40,26%)
<b>Nicht-operative Primärfälle</b>	33 (16,02%)	128 (23,44%)	113 (39,65%)	172 (15,99%)	564 (41,75%)	2.912 (93,91%)	3.922 (59,74%)
<b>Primärfälle gesamt</b>	206 (100%)	546 (100%)	285 (100%)	1.076 (100%)	1.351 (100%)	3.101 (100%)	6.565 (100%)

**Basisdaten – Primärfälle Pankreas**

Primärfälle NET / NEC des Pankreas;  
711; 9,77%

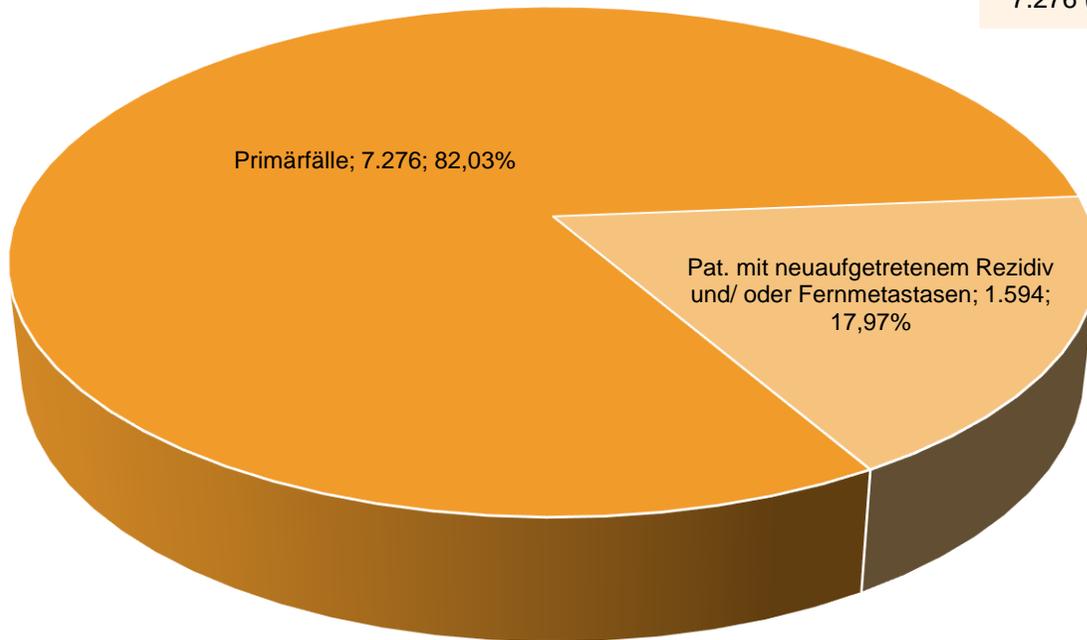


Primärfälle Pankreaskarzinom	Primärfälle NET / NEC des Pankreas	Primärfälle gesamt
6.565 (90,23%)	711 (9,77%)	7.276 (100%)

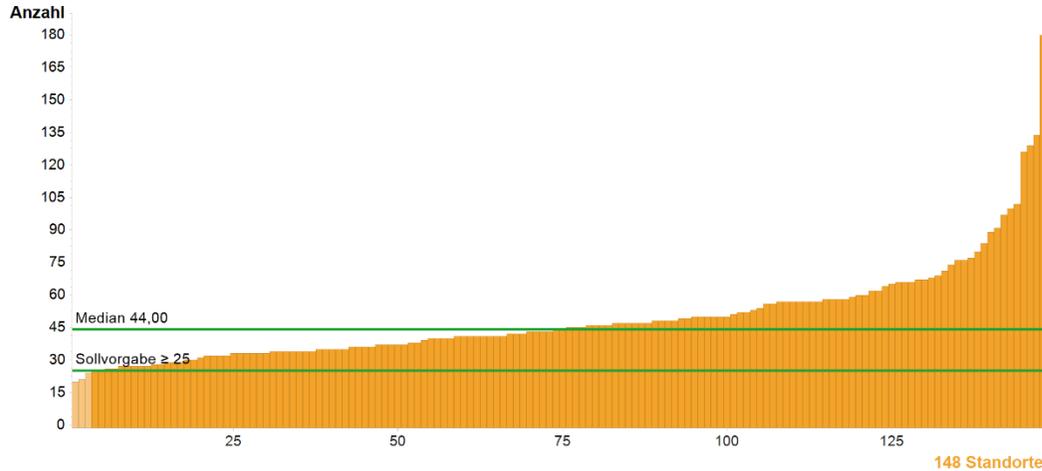
Operative Primärfälle NET / NEC	Nicht-operative Primärfälle NET / NEC	Primärfälle Gesamt NET / NEC
457 (64,28%)	254 (35,72%)	711 (100%)

## Basisdaten – Zentrumsfälle Pankreas

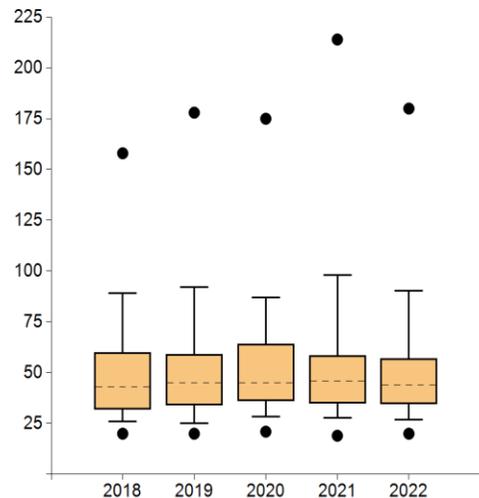
Primärfälle	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	Zentrumsfälle
7.276 (82,03%)	1.594 (17,97%)	8.870 (100%)



# 1a. Primärfälle Zentrum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	44	20 - 180	7276
	Sollvorgabe ≥ 25			



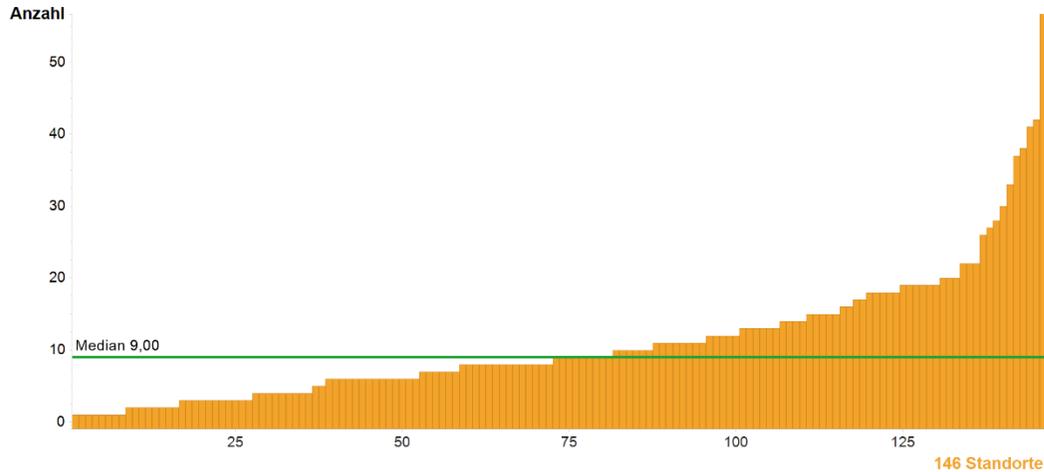
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	158,00	178,00	175,00	214,00	180,00
95. Perzentil	89,00	92,00	87,00	98,10	90,30
75. Perzentil	60,00	59,00	64,00	58,50	57,00
Median	43,00	45,00	45,00	46,00	44,00
25. Perzentil	32,00	34,00	36,00	35,00	34,75
5. Perzentil	26,00	25,00	28,50	27,90	27,00
● Min	20,00	20,00	21,00	19,00	20,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
148	100,00%	145	97,97%

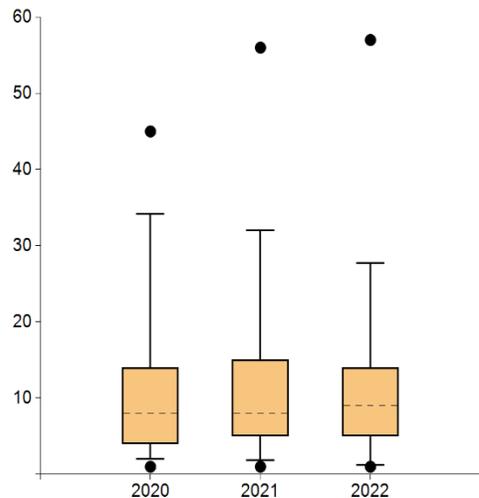
**Anmerkungen:**

Die Gesamtzahl der Primärfälle ist diskret angestiegen (+ 87). In den zertifizierten Pankreaskarzinomzentren in D wurden im KeZa-Jahr 2022 6.933 Primärfälle behandelt. Dies entspricht bei einer Inzidenz von 19.685 Neuerkrankungen C25 (Quelle: Datenbank RKI [2019]) einer Abdeckung von 35.2%. Wie im Vorjahr unterschritten 3 Zentren die Sollvorgabe u. begründeten dies mit den Auswirkungen der Pandemie sowie mit einem hohen Anteil an palliativen Fällen, die aufgrund fehlender Konsequenz keine histologische Sicherung erhielten. Bei allen 3 Zentren führte die Unterschreitung zu Hinweisen; eine Abweichung wurde nicht ausgesprochen.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	9	1 - 57	1594
	Keine Sollvorgabe			



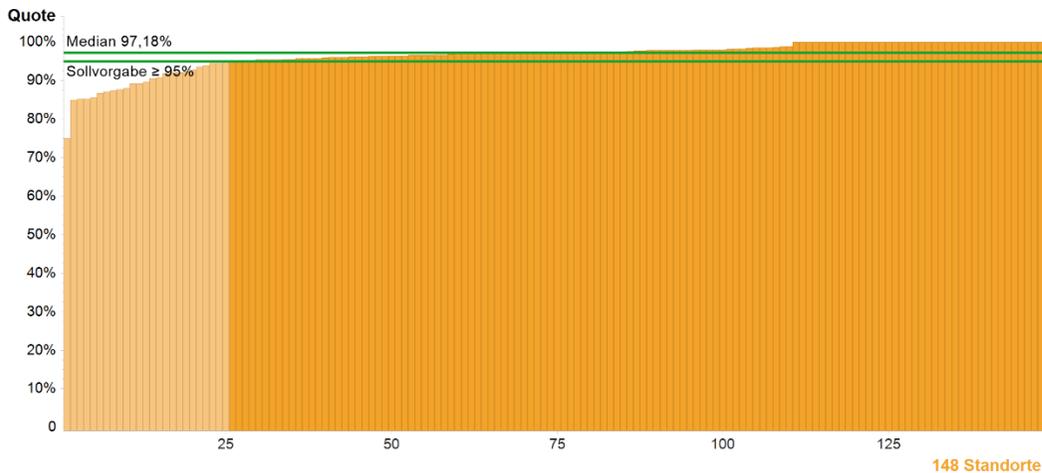
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	-----	45,00	56,00	57,00
95. Perzentil	-----	-----	34,20	32,00	27,75
75. Perzentil	-----	-----	14,00	15,00	14,00
Median	-----	-----	8,00	8,00	9,00
25. Perzentil	-----	-----	4,00	5,00	5,00
5. Perzentil	-----	-----	2,00	1,85	1,25
● Min	-----	-----	1,00	1,00	1,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
146	98,65%	-----	-----

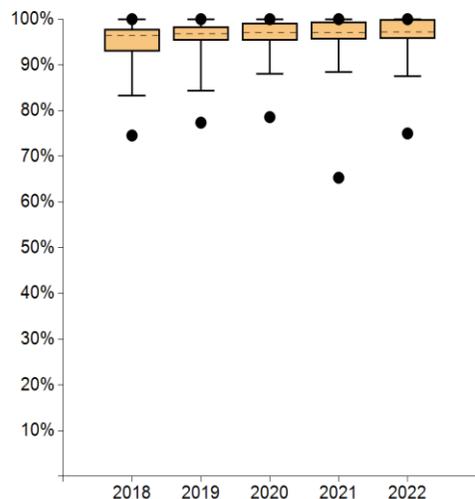
### Anmerkungen:

1594 Fälle mit neuauftretendem Rezidiv u/o Fernmetastasen wurden in 146 Standorten behandelt. Die Fallzahlen liegen in allen Perzentilen etwa auf dem Niveau der Vorjahre. Im Median wurden 9 Fälle pro Zentrum behandelt.

## 2. Prätherapeutische Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit einem Pankreaskarzinom, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	42,5*	15 - 175	7023
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	44*	20 - 180	7276
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,18%	75,00% - 100%	96,52%**



	2018	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	97,88%	98,31%	99,09%	100%
Median	96,43%	96,72%	97,01%	97,18%
25. Perzentil	92,92%	95,31%	95,59%	95,74%
5. Perzentil	83,33%	84,38%	88,49%	87,49%
● Min	74,55%	77,36%	65,31%	75,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
148	100,00%	123	83,11%

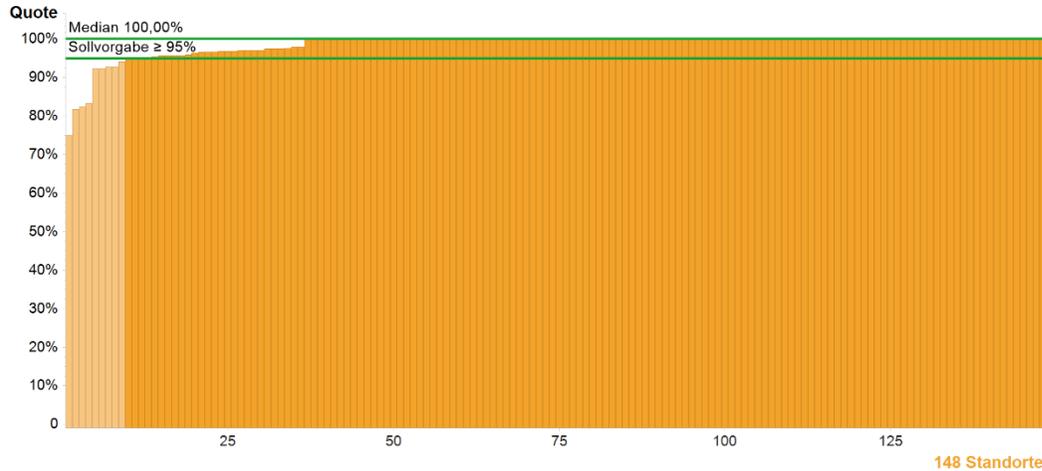
### Anmerkungen:

Die Erfüllung d. Kennzahl bleibt mit 83,1% der Zentren konstant zum Vorjahr (82,7%) u. zeigt seit 2017 (54,7%) einen positiven Trend. 25 Standorte (Vorjahr 24) unterschritten die Sollvorgabe. Ursächlich nannten die Zentren vorwiegend Versäumnis (12x), dringliche OP bei steigenden Infekt- o. Cholestasewerten (9x), Zufallsbefund im Rahmen von Not-OPs (7x) o. präoperativ nicht bestehendem Malignitätsverdacht (7x), Ablehnung durch den Patienten (4x) und Versterben des Patienten (4x). Die Zentren reagierten mit der Einführung von Ad-hoc-Tumorkonferenzen u. Schulungen der Mitarbeiter. Die FE dokumentierten zahlreiche Hinweise, jedoch keine Abweichungen.

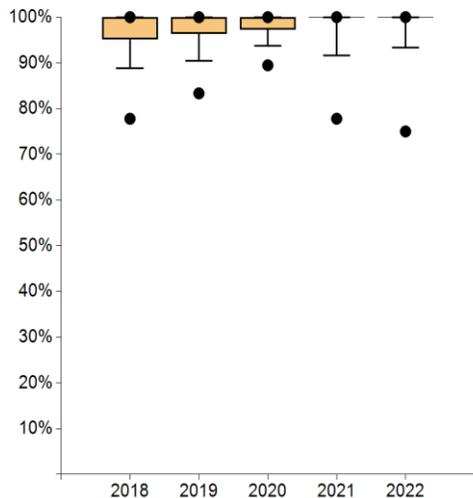
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

### 3. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	17*	6 - 70	3053
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524* und 5-525* mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	17*	6 - 73	3100
Quote	Sollvorgabe $\geq$ 95%	100%	75,00% - 100%	98,48%**



	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	95,20%	96,36%	97,29%	100%	100%
5. Perzentil	88,89%	90,48%	93,73%	91,67%	93,30%
● Min	77,78%	83,33%	89,47%	77,78%	75,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
148	100,00%	139	93,92%

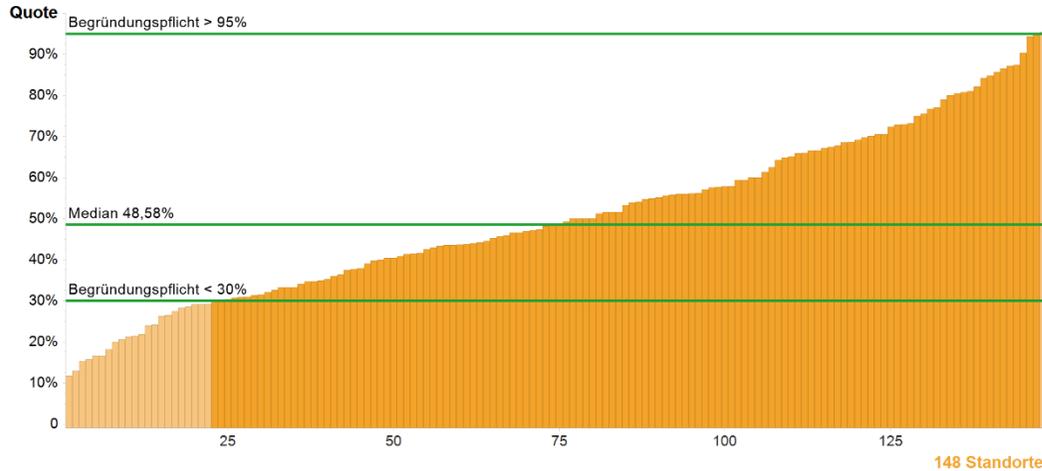
**Anmerkungen:**

Auch die postoperative Fallvorstellung zeigt sich mit 94% Erfüllungsquote (Vorjahr ca. 93%) auf hohem Niveau stabil. 112 Zentren stellten 100% der Patienten postoperativ vor, 9 Standorte unterschritten die Sollvorgabe. Alle Zentren begründeten die Nichtvorstellung mit dem Versterben der betroffenen Patienten. Abweichungen wurden nicht formuliert.

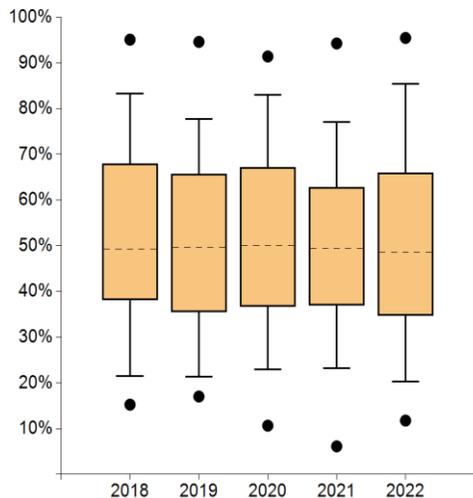
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 4. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	27*	4 - 109	4249
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	52*	20 - 196	8870
Quote	Begründungspflicht*** <30% und >95%	48,58%	11,76% - 95,45%	47,90%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	95,08%	94,59%	91,40%	94,25%	95,45%
● 95. Perzentil	83,29%	77,78%	82,99%	77,09%	85,41%
● 75. Perzentil	67,97%	65,71%	67,12%	62,73%	65,89%
● Median	49,24%	49,66%	50,00%	49,40%	48,58%
● 25. Perzentil	38,19%	35,48%	36,76%	36,99%	34,76%
● 5. Perzentil	21,51%	21,31%	22,92%	23,23%	20,23%
● Min	15,24%	17,02%	10,64%	6,12%	11,76%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
148	100,00%	125	84,46%

### Anmerkungen:

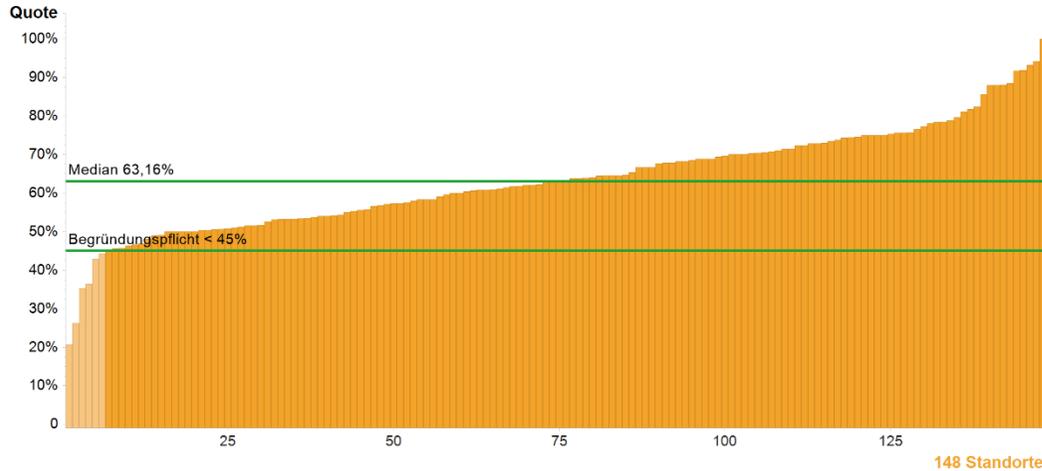
Einen leicht rückläufigen Verlauf zeigt die psychoonkologische Betreuung sowohl im Median (48,58%) als auch in der Erfüllungsquote (84%, Zentren innerhalb der Plausibilitätskriterien) im Vergleich zu den Vorjahren (87%). Dies begründen die Zentren mit der Umstellung von Konsilen auf Screeningprozesse.

\* 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.

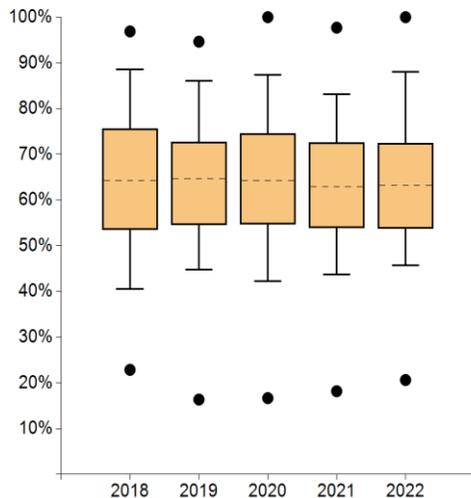
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

## 5. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die ambulant oder stationär durch den Sozialdienst beraten wurden	32,5*	13 - 117	5541
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	52*	20 - 196	8870
Quote	Begründungspflicht*** <45%	63,16%	20,63% - 100%	62,47%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	96,88%	94,64%	100%	97,70%	100%
● 95. Perzentil	88,57%	86,11%	87,43%	83,12%	88,04%
● 75. Perzentil	75,63%	72,73%	74,58%	72,52%	72,41%
● Median	64,23%	64,63%	64,23%	62,96%	63,16%
● 25. Perzentil	53,51%	54,55%	54,70%	53,93%	53,78%
● 5. Perzentil	40,54%	44,74%	42,20%	43,65%	45,69%
● Min	22,86%	16,36%	16,67%	18,18%	20,63%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
148	100,00%	142	95,95%

### Anmerkungen:

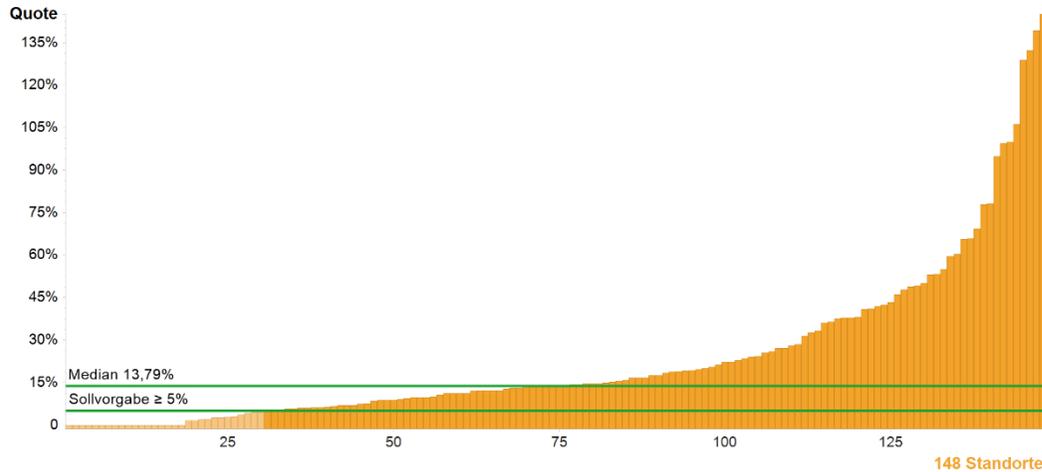
Diese Kennzahl zeigt im Vergleich zu den Vorjahren eine undulierende Entwicklung mit einer aktuellen Erfüllungsquote von fast 96% (Vorjahr 93,5%) und lediglich 6 begründungspflichtigen Zentren. Hiervon befinden sich 4 Standorte im deutschsprachigen Ausland mit anderen Regelungen hinsichtlich der Sozialberatung. 2x wurde keine Erklärung für die Unterschreitung angegeben.

\* 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.

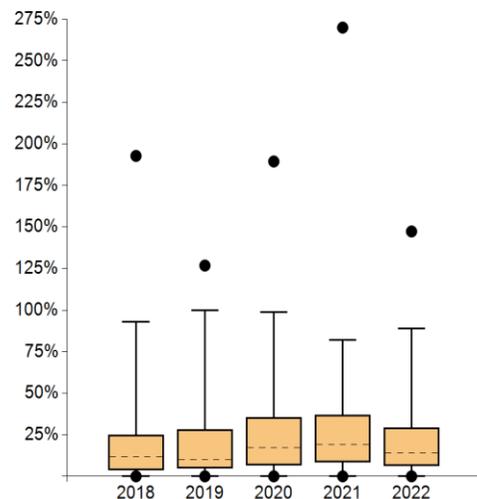
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

## 6. Anteil Studienpat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	6*	0 - 179	2117
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	44*	20 - 180	7276
Quote	Sollvorgabe $\geq$ 5%	13,79%	0,00% - 147,30%	29,10%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	192,73%	126,79%	189,39%	269,93%	147,30%
95. Perzentil	92,97%	100%	98,75%	81,87%	88,99%
75. Perzentil	24,72%	28,21%	35,37%	37,03%	29,32%
Median	11,65%	9,84%	17,24%	18,87%	13,79%
25. Perzentil	3,81%	5,00%	6,67%	8,57%	6,19%
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	%
148	100,00%	118	79,73%

### Anmerkungen:

Für das aktuelle Kennzahlenjahr zeigt sich ein deutlicher Rückgang der Erfüllungsquote von 89,2% (Vorjahr) auf aktuell knapp 80%. 30 Zentren haben die Sollvorgabe unterschritten (Vorjahr 15). Die Zahl der Zentren ohne Patienten-Einschluss in Studien stieg im Vergleich zum Vorjahr von 8 auf 18 Zentren an. Die Herausforderungen im aktuellen Kennzahlenjahr spiegeln sich in allen Perzentilen wider. Als schwierig gestaltete sich u. a. der zeitweilige Rekrutierungsstopp einer laufenden Studie (5 Nennungen) sowie das Auslaufen mehrerer Studien (5 Nennungen). Der Großteil der Zentren konnte jedoch durch aktive Bemühungen für das Folgejahr bereits eine absehbare Erfüllung der Quote erreichen. Letztendlich wurden 3 Abweichungen und 1 kritischer Hinweis durch die FE ausgesprochen.

\* 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.

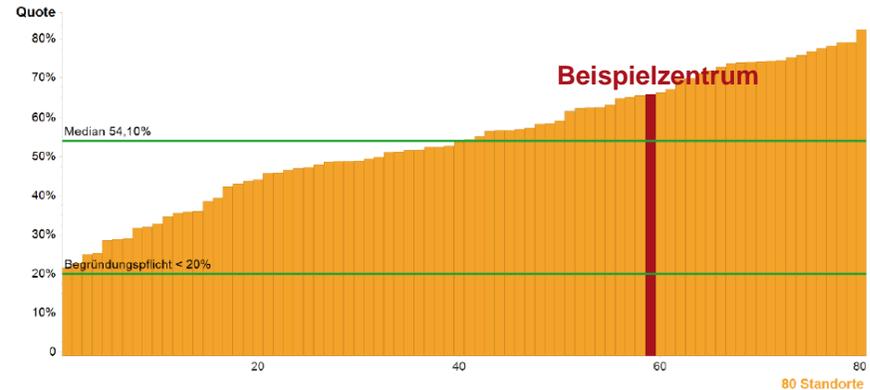
Inhalte und Gestaltung eines individuellen Jahresberichtes orientieren sich an den allgemeinen Jahresberichten. Ein Beispiel für einen individuellen Jahresbericht ist auf [www.onkoziert.de](http://www.onkoziert.de) unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich.

#### 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](http://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:

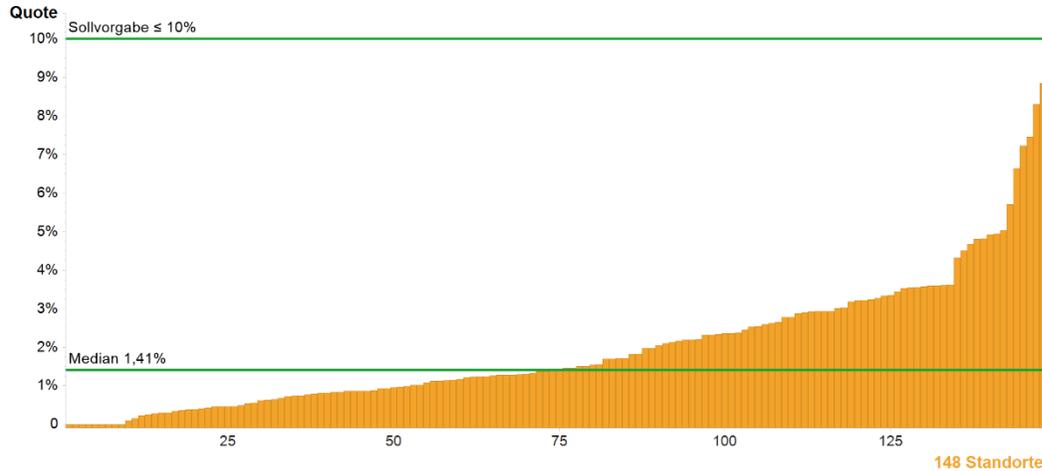
#### **Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren**

- 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).

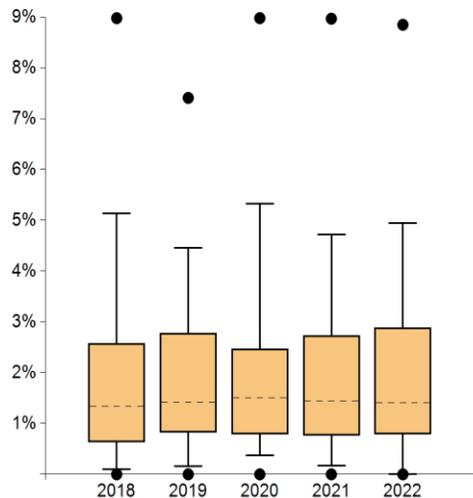
#### **Alle anderen Organkrebszentren / Module**

- 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.onkoziert.de](http://www.onkoziert.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.

## 7a. Endoskopie Komplikationen - Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	ERCPs des Nenners mit spezifischen Komplikationen. Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1)	5*	0 - 58	1133
Nenner	ERCPs je endoskopierender Einheit	346,5*	101 - 1975	60265
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	1,41%	0,00% - 8,85%	1,88%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	8,98%	7,41%	8,98%	8,97%	8,85%
95. Perzentil	5,14%	4,46%	5,33%	4,72%	4,94%
75. Perzentil	2,58%	2,78%	2,47%	2,73%	2,89%
Median	1,34%	1,42%	1,50%	1,45%	1,41%
25. Perzentil	0,64%	0,82%	0,79%	0,77%	0,79%
5. Perzentil	0,11%	0,16%	0,38%	0,17%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
148	100,00%	148	100,00%

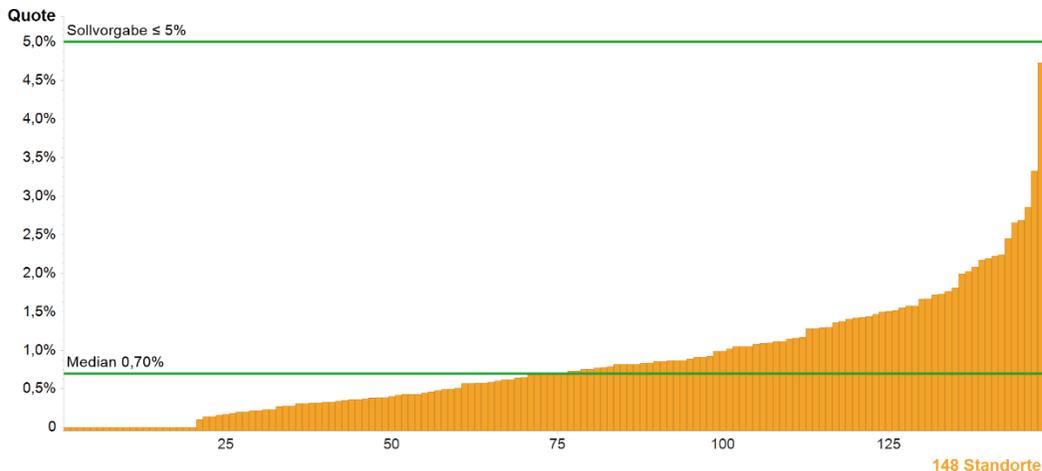
### Anmerkungen:

Die Häufigkeit postinterventioneller Pankreatitiden ist seit mehreren Jahren auf niedrigem Niveau stabil. Seit der Umstellung der Berechnungsgrundlage auf die Gesamtzahl der durchgeführten ERCPs im Kennzahlenjahr 2016 erfüllen alle Zentren die Sollvorgabe von ≤ 10%. Im Median trat in 1,41% eine post-ERCP-Pankreatitis auf.

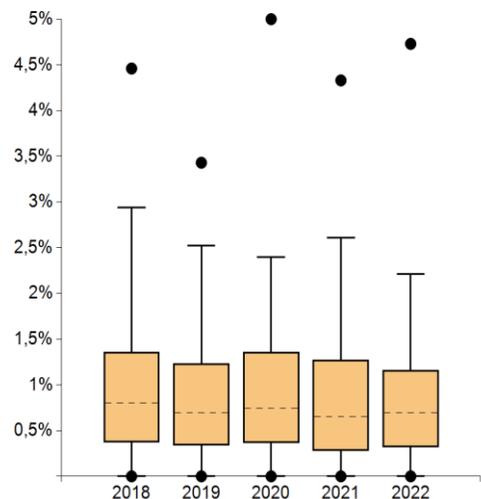
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 7b. Endoskopie Komplikationen - Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	ERCPs des Nenners mit spezifischen Komplikationen. Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1)	2*	0 - 40	549
Nenner	ERCPs je endoskopierender Einheit	346,5*	101 - 1975	60265
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	0,70%	0,00% - 4,73%	0,91%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	4,46%	3,43%	5,00%	4,33%	4,73%
95. Perzentil	2,94%	2,52%	2,40%	2,61%	2,21%
75. Perzentil	1,36%	1,23%	1,36%	1,27%	1,16%
Median	0,80%	0,70%	0,74%	0,65%	0,70%
25. Perzentil	0,37%	0,34%	0,37%	0,28%	0,32%
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	%
148	100,00%	148	100,00%

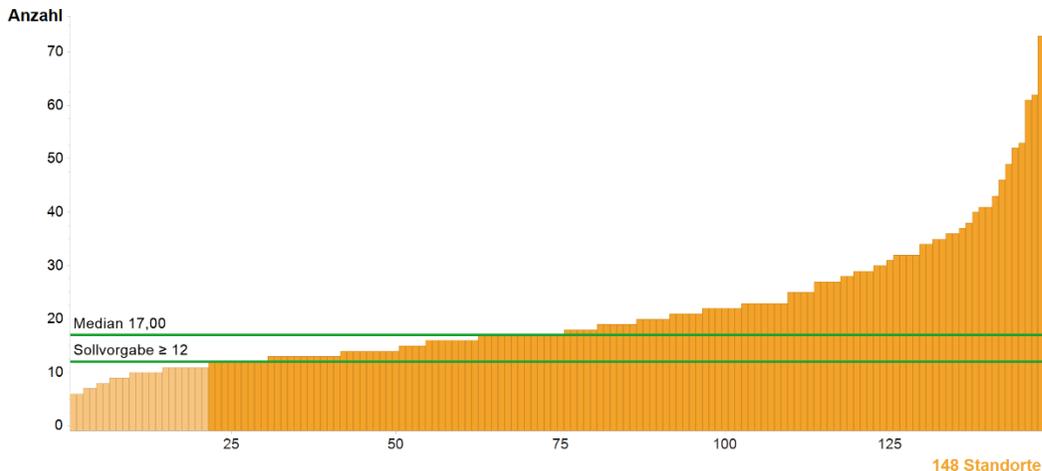
### Anmerkungen:

Auch die Rate postinterventioneller Blutungen und Perforationen bleibt im Vergleich zu den Vorjahren konstant niedrig. Seit 2016 erfüllen alle Zentren die Sollvorgabe von ≤ 5%.

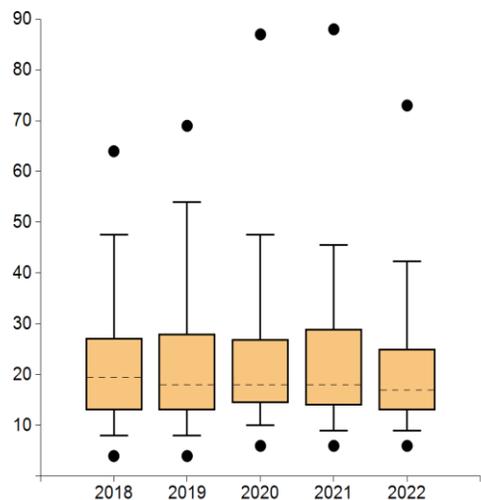
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 8. Operative Primärfälle Pankreas (ausschließlich ICD-10 C25 in Verbindung mit OPS: 5-524\* und 5-525\*)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle Pankreas (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) (Def. 5.2.4)	17	6 - 73	3100
	Sollvorgabe $\geq 12$			



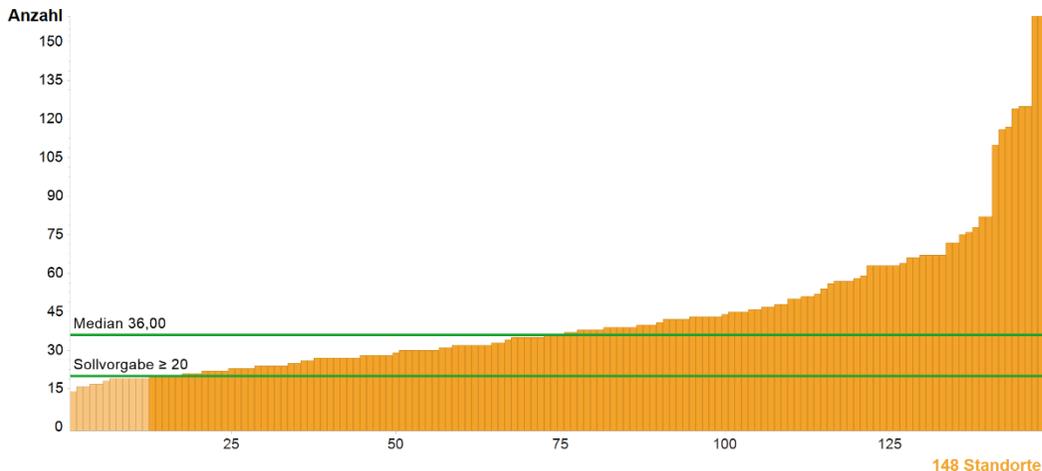
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	64,00	69,00	87,00	88,00	73,00
95. Perzentil	47,50	54,00	47,50	45,50	42,30
75. Perzentil	27,25	28,00	27,00	29,00	25,00
Median	19,50	18,00	18,00	18,00	17,00
25. Perzentil	13,00	13,00	14,50	14,00	13,00
5. Perzentil	8,00	8,00	10,00	9,00	9,00
● Min	4,00	4,00	6,00	6,00	6,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
148	100,00%	127	85,81%

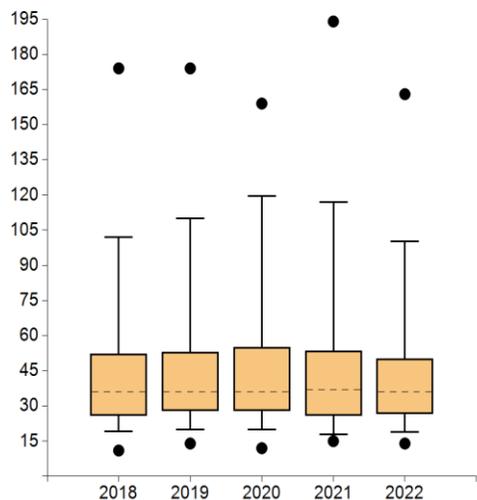
### Anmerkungen:

Mit insgesamt 3.100 operativen Primärfällen (Vorjahr 3.129) und einem Median von 17 (Vorjahr 18) zeigt sich ein minimaler Rückgang im Vergleich zu den Vorjahren. 21 Zentren (Vorjahr 10) verfehlten die Sollvorgabe, hiervon 9 bereits zum zweiten Mal in Folge. Begründend wurden vorwiegend die Auswirkungen der Pandemie herangeführt (10x). Seltener genannt wurde ein erhöhter Anteil metastasierter Stadien sowie Resektionen bei anderen Indikationen. Als Maßnahme bemühten sich die Zentren um eine Intensivierung der Kooperation mit den Einweisern.

## 9. Operative Expertise Pankreas gesamt



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pankreasresektionen (Pankreaslinks-, Pankreaskopfresektion, Totale Pankreatektomie, OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25)	36	14 - 163	6388
	Sollvorgabe $\geq 20$			



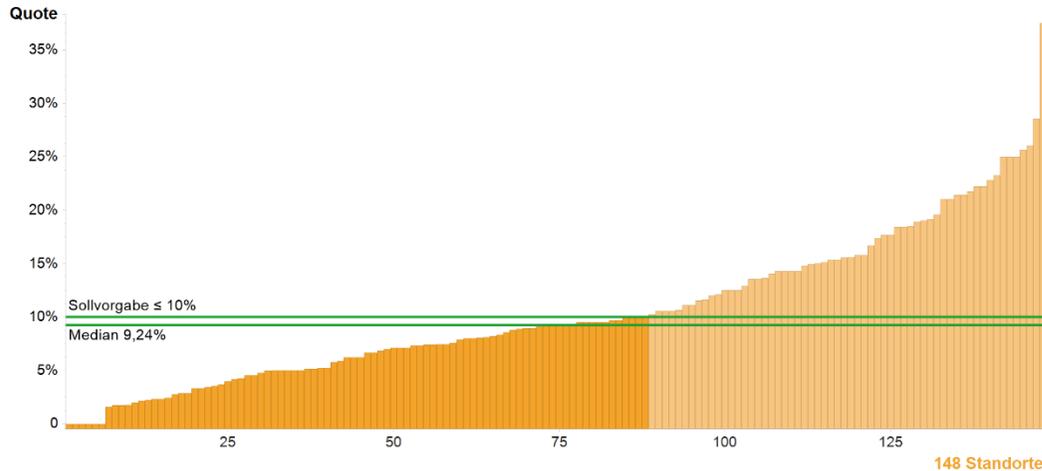
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	174,00	174,00	159,00	194,00	163,00
95. Perzentil	102,00	110,00	119,50	117,00	100,20
75. Perzentil	52,25	53,00	55,00	53,50	50,25
Median	36,00	36,00	36,00	37,00	36,00
25. Perzentil	26,00	28,00	28,00	26,00	26,75
5. Perzentil	19,25	20,00	20,00	18,00	19,00
● Min	11,00	14,00	12,00	15,00	14,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
148	100,00%	136	91,89%

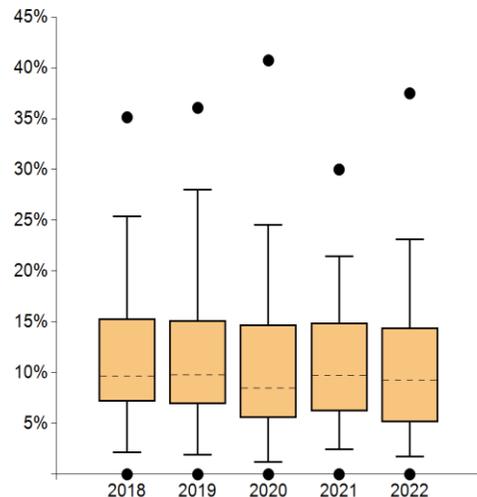
### Anmerkungen:

Trotz Anstieg der Gesamtfallzahl der operativen Expertise im Vergleich zum Vorjahr (6295) sinkt die Quote minimal ab (91,8% vs. 92,8% Vorjahr) bei steigender Anzahl an operierenden Zentren. 12 Zentren unterschritten die Sollvorgabe von  $> 20$  Fällen (Vorjahr 10), hiervon 5 zum zweiten Mal in Folge. 8 Standorte verfehlten gleichzeitig auch KeZa 8. Alle betroffenen Zentren befanden sich jedoch im Überwachungsaudit, so dass die Unterschreitung für das aktuelle Kennzahlenjahr zu keiner sofortigen Konsequenz führte.

## 10. Revisions-OPs Pankreas



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Resektionen des Nenners mit Revisions-OP's infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach OP	3*	0 - 23	633
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	36*	14 - 163	6388
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	9,24%	0,00% - 37,50%	9,91%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	35,14%	36,07%	40,74%	30,00%	37,50%
95. Perzentil	25,37%	28,00%	24,57%	21,43%	23,10%
75. Perzentil	15,31%	15,15%	14,73%	14,91%	14,42%
Median	9,65%	9,76%	8,45%	9,72%	9,24%
25. Perzentil	7,14%	6,90%	5,54%	6,22%	5,13%
5. Perzentil	2,15%	1,92%	1,23%	2,48%	1,72%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
148	100,00%	88	59,46%

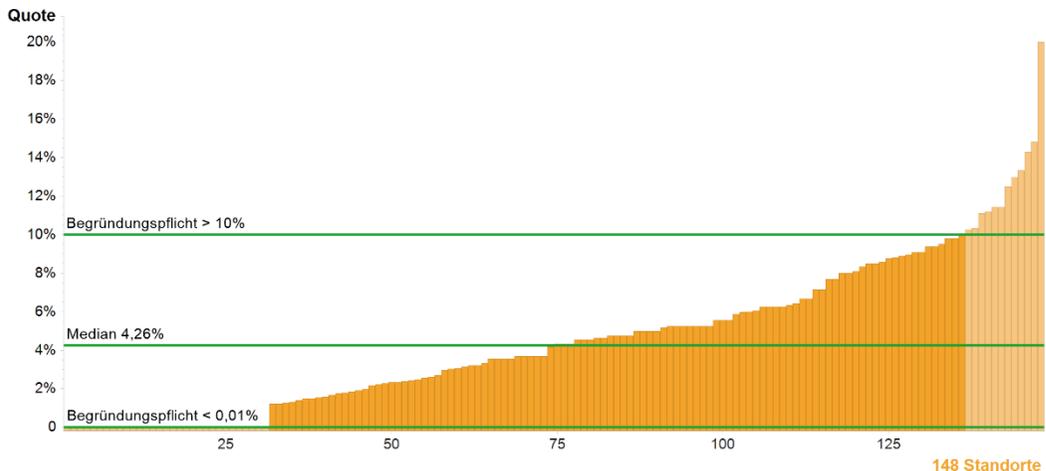
### Anmerkungen:

Der Median dieser Kennzahl schwankt in den letzten Jahren um ca. 9%. Die Erfüllungsquote liegt mit 59% etwas über dem Vorjahr (53%). 6 Zentren wiesen eine Revisionsrate von 0% auf (Vorjahr 5). Als Indikationen für Revisionen wurden am häufigsten Nachblutungen (arteriell/ venös, 81x) angeführt, gefolgt von komplexem Patientengut mit Komorbiditäten und Multiviszeralresektionen (43x), Insuffizienzen der Hepatikojejunostomie (39x) oder der Pankreasanastomosen (29x). Die Zentren reagierten auf erhöhte Revisionsraten mit Einzelfallanalysen und ggf. mit Modifikationen der OP-Techniken oder des perioperativen Managements.

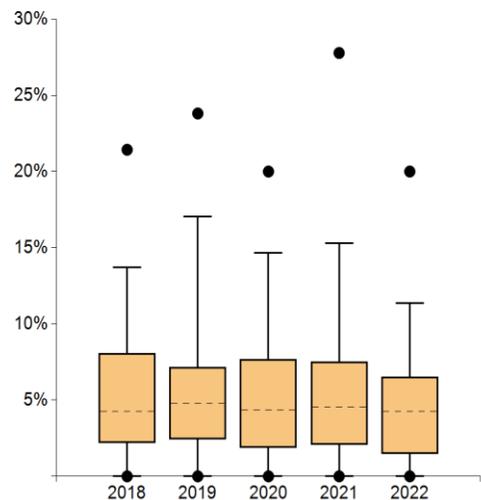
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

# 11. Postoperative Wundinfektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Resektionen des Nenners mit postoperativen Wundinfektionen innerhalb von 30 d nach OP und Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	1*	0 - 14	292
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	36*	14 - 163	6388
Quote	Begründungspflicht*** <0,01% und >10%	4,26%	0,00% - 20,00%	4,57%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	21,43%	23,81%	20,00%	27,78%	20,00%
95. Perzentil	13,72%	17,05%	14,65%	15,30%	11,35%
75. Perzentil	8,09%	7,14%	7,69%	7,50%	6,51%
Median	4,26%	4,76%	4,35%	4,55%	4,26%
25. Perzentil	2,19%	2,44%	1,89%	2,09%	1,49%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
148	100,00%	105	70,95%

### Anmerkungen:

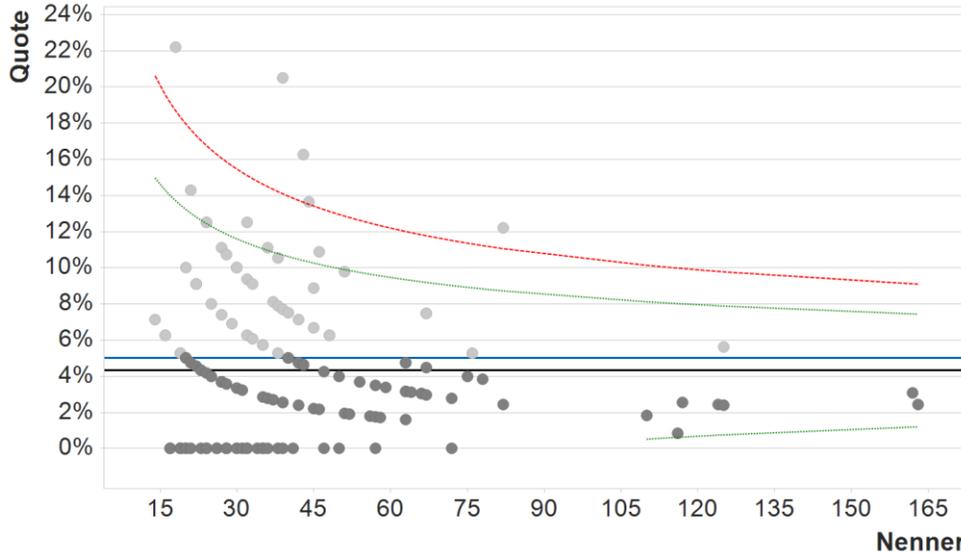
Die Rate der postop. Wundinfektionen bleibt auf dem Niveau der Vorjahre stabil. 71% (Vorjahr 69%) der Zentren erfüllten die Sollvorgabe. 31 Zentren haben keine Wundinfektion verzeichnet 12 Zentren (Vorjahr 17) hatten Infektionsraten > 10%. Die Zentren gaben an, dass die meisten Fälle auf spezifische Komplikationen der Pankreaschirurgie zurückzuführen sind (Pankreasfisteln, Aufbrechen der Faszia durch mehrfache Revisionen, etc.). Unkomplizierte Wundinfekte ließen sich häufig konservativ therapieren.

\* 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.

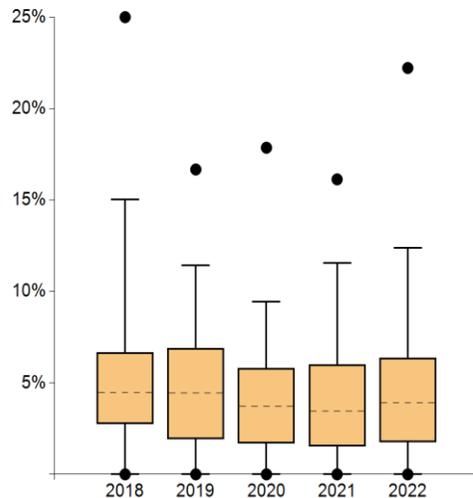
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

## 12. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Resektionen des Nenners, bei denen Pat. innerhalb von 30 d postoperativ verstorben sind	2*	0 - 10	276
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	36*	14 - 163	6388
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	3,93%	0,00% - 22,22%	4,32%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	25,00%	16,67%	17,86%	16,13%	22,22%
95. Perzentil	15,03%	11,43%	9,45%	11,56%	12,40%
75. Perzentil	6,67%	6,90%	5,80%	6,00%	6,36%
Median	4,47%	4,44%	3,70%	3,45%	3,93%
25. Perzentil	2,77%	1,92%	1,71%	1,55%	1,78%
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	%
148	100,00%	97	65,54%

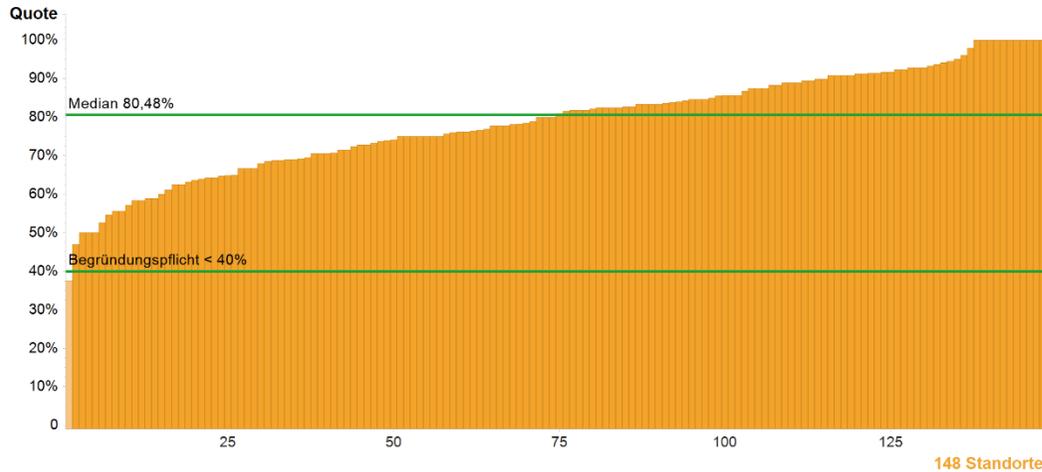
### Anmerkungen:

Gesamtmortalität sowie Median zeigen zwar einen leichten Anstieg im Vergleich zu den letzten 2 Jahren, sind aber im 5 Jahresvergleich stabil und liegen weiterhin unter der durch Destatis ermittelten Mortalitätsrate aller in D in 2023 durchgeführten Pankreasresektionen (9,8%). 65% der Standorte haben die Sollvorgabe erfüllt (Vorjahr 66%). Während 33 Zentren keine Todesfälle zu verzeichnen hatten, überschritten 51 Zentren (Vorjahr 46) die Sollvorgabe von ≤ 5%. Als Todesursachen wurden am häufigsten septischer Schock mit MOV (25x), Blutungen (24x), pulmonale Komplikationen (wie ARDS, Pneumonie, LAE, 18x) Leberversagen (15x), kardiale Ereignisse (13x) und Folgen von Anastomosensuffizienzen (13x) identifiziert. MM-Konferenzen ließen in den meisten Fällen keine systematischen Fehler identifizieren.

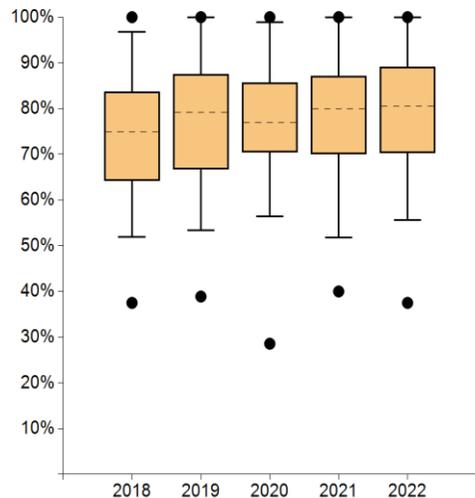
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

### 13. Lokale R0-Resektionen Pankreas (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit lokalen R0-Resektionen nach Abschluss der operativen Therapie	13,5*	5 - 53	2426
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	17*	6 - 73	3100
Quote	Begründungspflicht*** <40%	80,48%	37,50% - 100%	78,26%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	96,74%	100%	98,87%	100%	100%
75. Perzentil	83,61%	87,50%	85,71%	87,09%	89,04%
Median	75,00%	79,17%	76,92%	80,00%	80,48%
25. Perzentil	64,22%	66,67%	70,48%	70,00%	70,34%
5. Perzentil	51,97%	53,33%	56,39%	51,80%	55,56%
● Min	37,50%	38,89%	28,57%	40,00%	37,50%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
148	100,00%	147	99,32%

**Anmerkungen:**

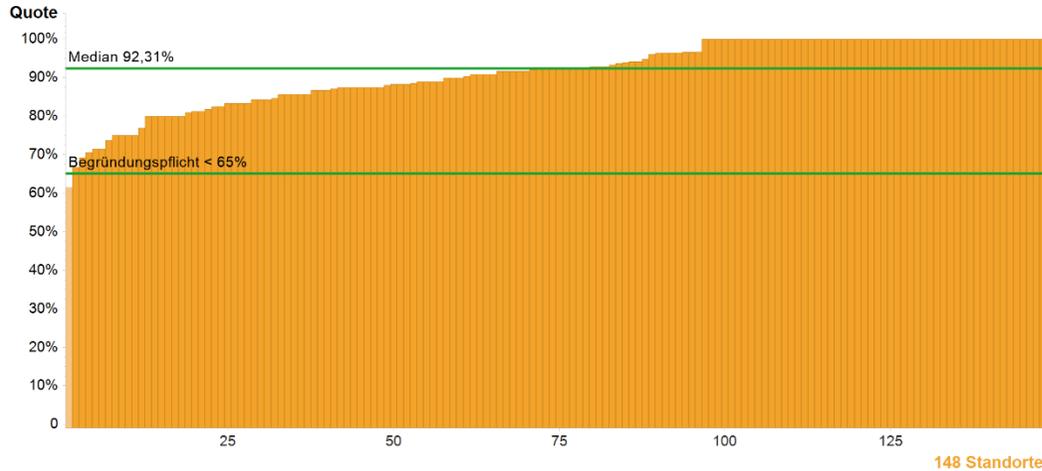
Die Durchdringung dieser Kennzahl zeigt sich unverändert hoch im Vergleich zum Vorjahr mit einer fast 100% Erfüllungsquote und einem Median von weiterhin 80%. Leidlich 1 Zentrum fiel unter die Begründungspflicht. Hier ließen sich jedoch keine systematischen Fehler erkennen.

\* 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.

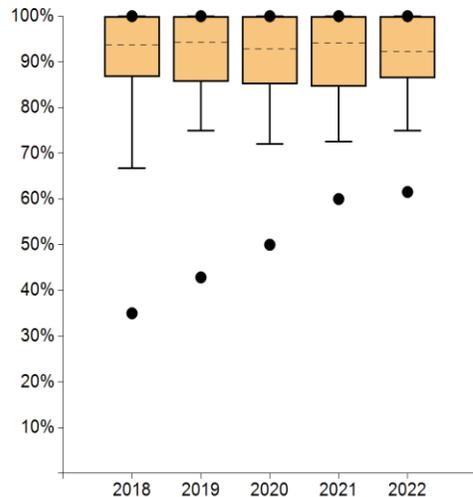
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

## 14. Lymphknotenentfernung (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit $\geq 12$ regionären LK im OP-Präparat nach Abschluss der operativen Therapie	13*	3 - 55	2374
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) ohne NET und NEC, die eine Lymphadenektomie erhalten haben	15*	3 - 57	2590
Quote	Begründungspflicht*** < 65%	92,31%	61,54% - 100%	91,66%**



	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	93,75%	94,29%	92,86%	94,12%	92,31%
25. Perzentil	86,67%	85,71%	85,15%	84,62%	86,43%
5. Perzentil	66,67%	75,00%	72,08%	72,60%	75,00%
● Min	35,00%	42,86%	50,00%	60,00%	61,54%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
148	100,00%	147	99,32%

### Anmerkungen:

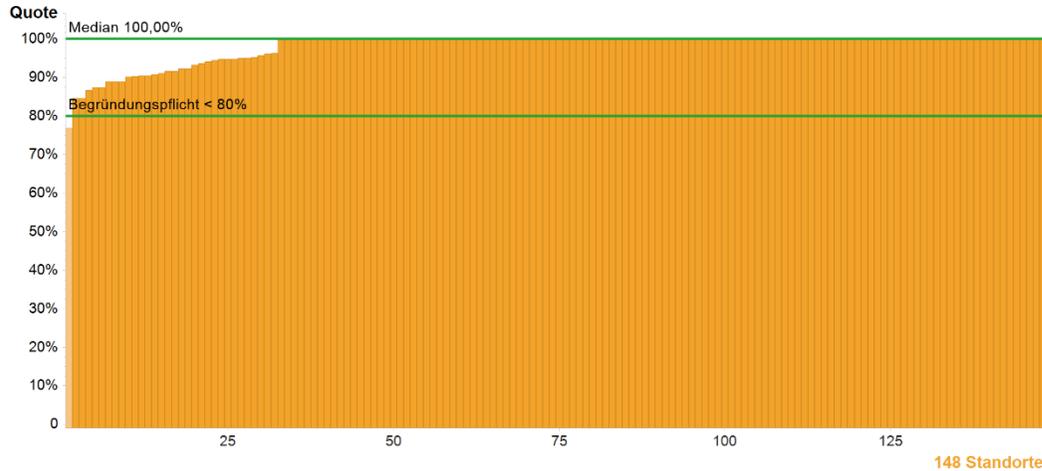
Die positive Entwicklung dieses QI hält an mit einer Erfüllungsquote von 99% (Vorjahr 98,5%). 1 Zentrum unterschritt knapp die Plausibilitätsgrenze von 65% (Vorjahr 2). Die Gründe wurden den FE im Audit erläutert. Ein systematischer Fehler hat sich nicht ergeben.

\* 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.

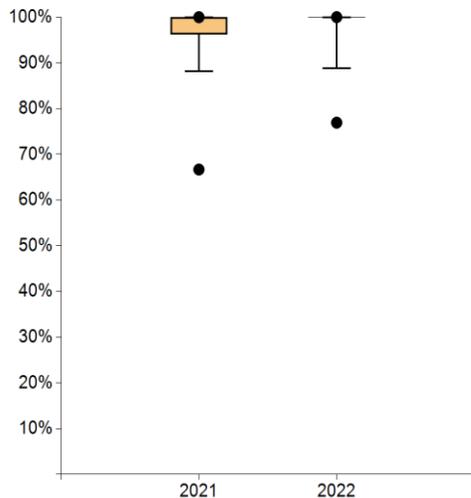
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

## 15. Inhalt Pathologieberichte (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundberichten mit Angabe von: pT, pN, M; Tumorgrading; Verhältnis von befallenen zu entfernten LK	15*	3 - 57	2580
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) ohne NET und NEC	15*	3 - 57	2643
Quote	Begründungspflicht*** <80%	100%	76,92% - 100%	97,62%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	-----	-----	100%	100%
95. Perzentil	-----	-----	-----	100%	100%
75. Perzentil	-----	-----	-----	100%	100%
Median	-----	-----	-----	100%	100%
25. Perzentil	-----	-----	-----	96,30%	100%
5. Perzentil	-----	-----	-----	88,17%	88,89%
● Min	-----	-----	-----	66,67%	76,92%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
148	100,00%	147	99,32%

### Anmerkungen:

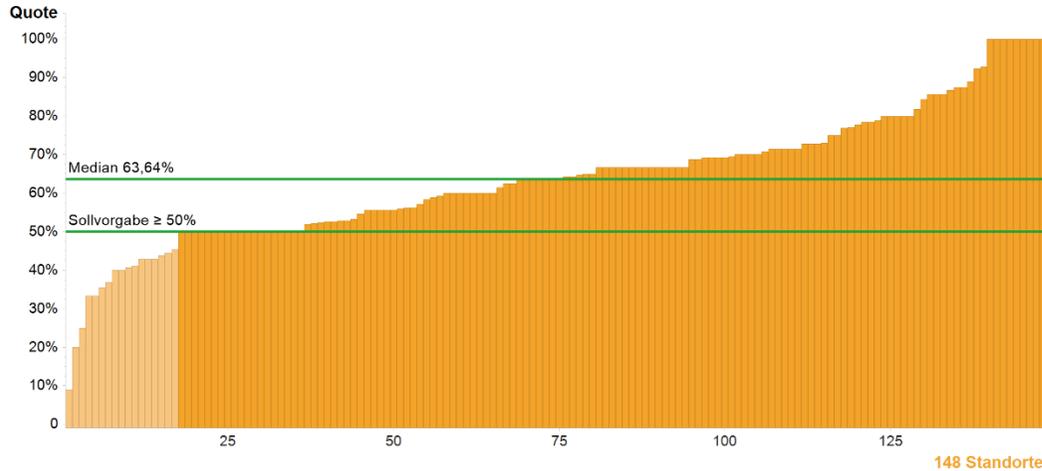
Dieser LL-QI erfuhr 2021 eine Modifikation des Nenners (u.a. Ausschluss von NET/NEC). Die Erfüllungsquote liegt weiterhin bei 99% und auch die unteren Perzentile zeigen eine positive Entwicklung. Lediglich 1 Zentrum unterschritt die untere Plausibilitätsgrenze von 80%. Das Zentrum begründete die Unvollständigkeit der Pathologieberichte mit fehlendem Grading, welches nach Neoadjuvanz nicht bestimmbar war.

\* 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.

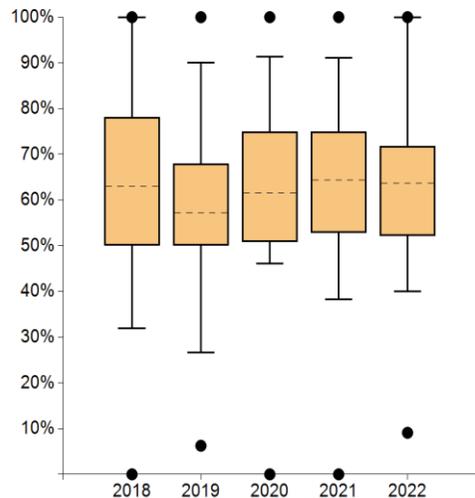
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

## 16. Adjuvante Chemotherapie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit adjuvanter Chemotherapie	7*	1 - 27	1178
Nenner	Operative Primärfälle Pankreaskarzinom UICC Stad. I-III und R0-Resektion (ohne NET und NEC)	11*	3 - 41	1893
Quote	Sollvorgabe ≥ 50%	63,64%	9,09% - 100%	62,23%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	90,00%	91,29%	91,11%	100%
75. Perzentil	78,07%	67,86%	75,00%	75,00%	71,76%
Median	63,07%	57,14%	61,54%	64,29%	63,64%
25. Perzentil	50,00%	50,00%	50,81%	52,79%	52,13%
5. Perzentil	31,94%	26,67%	46,06%	38,25%	40,00%
● Min	0,00%	6,25%	0,00%	0,00%	9,09%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
148	100,00%	131	88,51%

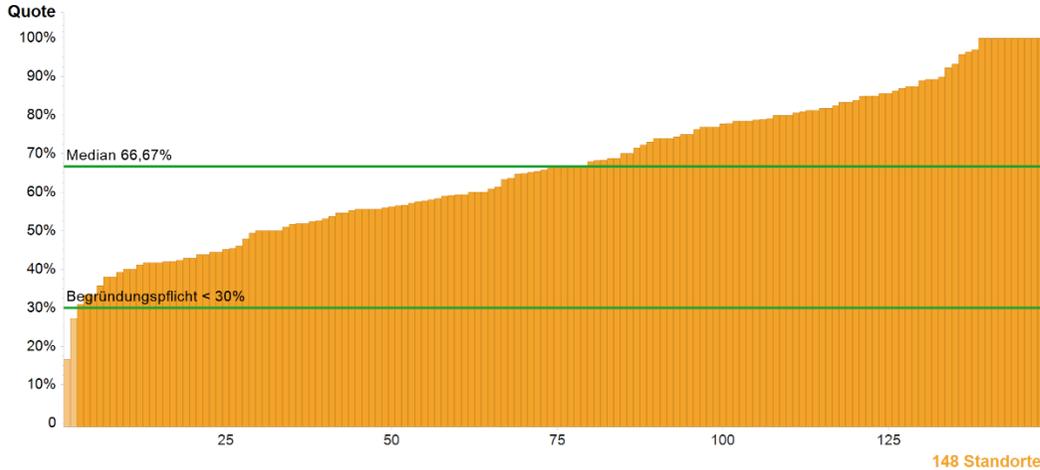
### Anmerkungen:

Bei weiterhin positivem Trend der Gesamtquote von 88,5% (87,7% Vorjahr), setzt sich der undulierende Verlauf des Medians und der gesamten Spannweite der Perzentile fort. Wie im Vorjahr verfehlten 17 Zentren die Sollvorgabe. Am häufigsten wurde als Begründung ein Datendefizit bei externer Weiterbehandlung angegeben (27x). Hier wiesen die FE in den Audits erneut darauf hin, dass auch bei externer Weiterbehandlung Informationen über eine adjuvante Therapie einzuholen sind. 21x wurde der Verzicht auf Adjuvanz mit dem Versterben der Patienten, 19x mit Ablehnung und 12x mit reduziertem Allgemeinzustand begründet.

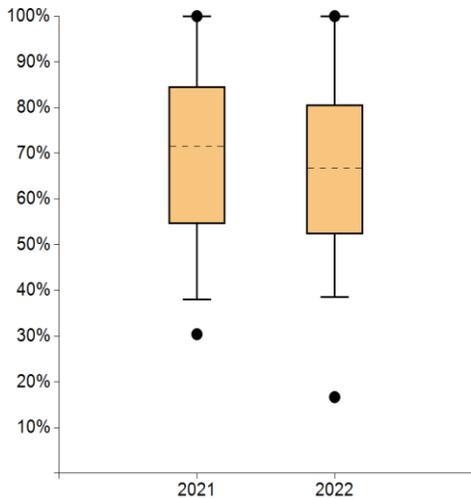
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

# 17. Palliative Chemotherapie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit palliativer Chemotherapie	13*	1 - 116	2369
Nenner	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht-operative Primärfälle Pankreaskarzinom und ECOG 0-2 (ohne NET/NEC)</li> <li>• Pat. mit Pankreaskarzinom mit sekundärer Metastasierung (M1) ohne Metastasenresektion und ECOG 0-2 (ohne NET/NEC)</li> </ul>	21*	4 - 149	3579
Quote	Begründungspflicht*** <30%	66,67%	16,67% - 100%	66,19%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
75. Perzentil	----	----	----	84,62%	80,63%
Median	----	----	----	71,43%	66,67%
25. Perzentil	----	----	----	54,55%	52,25%
5. Perzentil	----	----	----	37,99%	38,52%
● Min	----	----	----	30,43%	16,67%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
148	100,00%	146	98,65%

**Anmerkungen:**

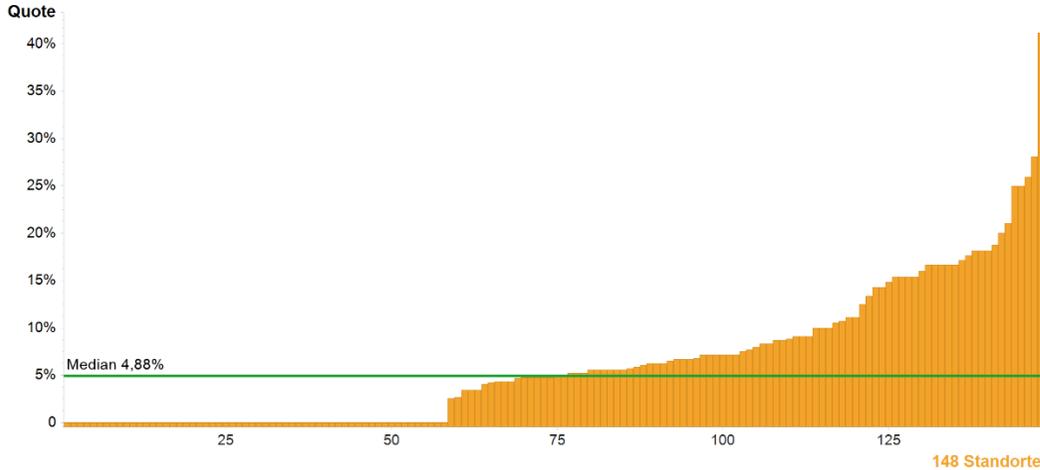
Nach Änderung des QI im LL-Update 2021 wird dieser nun im 2. Jahr erfasst und zeigt sich in allen Ergebnissen leicht rückläufig. Im Median erhielten 67% (Vorjahr 71%) der Indexpat. eine palliative Chemotherapie. 2 Zentren fielen unter die Begründungspflicht (Vorjahr 0). Als Ursachen für die Nichtdurchführung wurde Versterben, Ablehnung und reduzierter Allgemeinzustand angegeben.

\* 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.

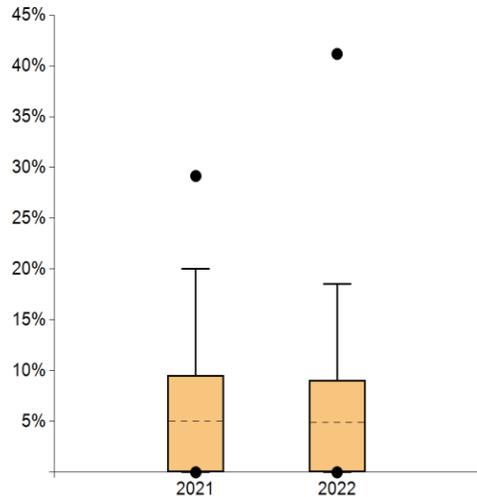
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

## 18. Primäre Resektion bei metastasiertem Pankreaskarzinom (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit primärer Resektion des Tumors	1*	0 - 9	193
Nenner	Primärfälle Pankreaskarzinom (ohne NET/NEC) mit Fernmetastasen (= Organmetastasen, Peritonealkarzinose, als Fernmetastasen (M1) geltende Lymphknotenmetastasen)	18,5*	5 - 71	3101
Quote	Keine Sollvorgabe	4,88%	0,00% - 41,18%	6,22%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	----	----	----	29,17%	41,18%
95. Perzentil	----	----	----	20,00%	18,55%
75. Perzentil	----	----	----	9,55%	9,09%
Median	----	----	----	5,00%	4,88%
25. Perzentil	----	----	----	0,00%	0,00%
5. Perzentil	----	----	----	0,00%	0,00%
● Min	----	----	----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
148	100,00%	----	----

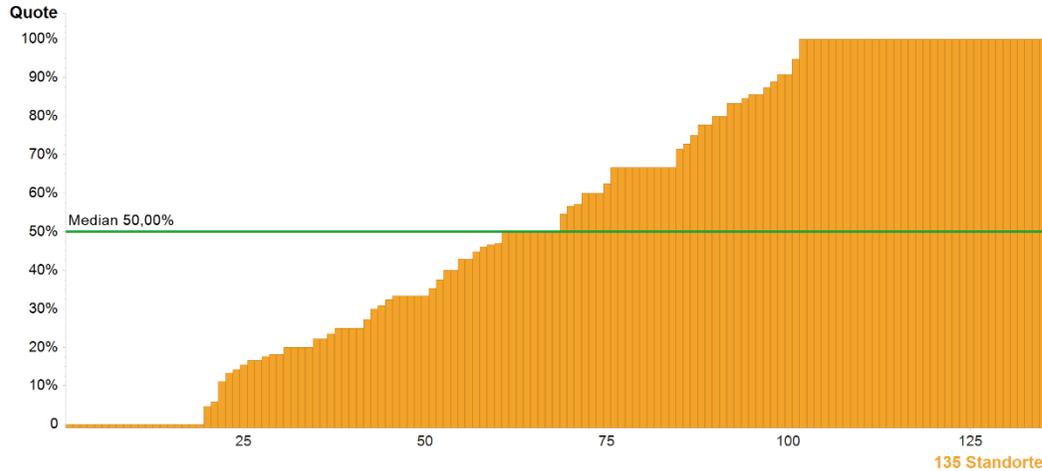
### Anmerkungen:

Auch dieser LL-QI hat eine Anpassung erfahren und wird derzeit im ersten Jahr obligatorisch, jedoch ohne Sollvorgabe, erfasst. Wie im Vorjahr erfolgt im Median pro Zentrum bei ca. 5% der Primärfälle mit Fernmetastasen eine primäre Tumorresektion. 58 Zentren führten in keinem ihrer Fälle (Vorjahr 30 Zentren) eine primäre Resektion durch, dagegen 7 Standorte in mehr als 20%. Bei aktuell noch fehlender Sollvorgabe kann keine Aussage über die Gründe der Therapieentscheidungen getroffen werden.

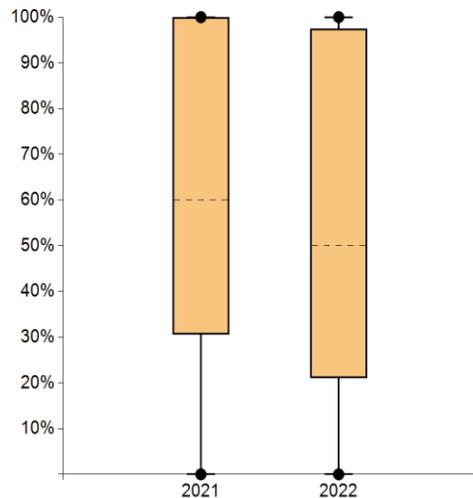
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 19. Zweitlinientherapie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Zweitlinientherapie	2*	0 - 28	522
Nenner	Pat. mit Pankreaskarzinom (ohne NET/NEC), ECOG 0-2 und Progress unter palliativer Erstlinientherapie	6*	1 - 60	1151
Quote	Keine Sollvorgabe	50,00%	0,00% - 100%	45,35%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
75. Perzentil	----	----	----	100%	97,37%
Median	----	----	----	60,00%	50,00%
25. Perzentil	----	----	----	30,56%	21,11%
5. Perzentil	----	----	----	0,00%	0,00%
● Min	----	----	----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
135	91,22%	----	----

### Anmerkungen:

Dieser LL-QI wird nach Modifikation im zweiten Jahr nun obligat erfasst. Die Ergebnisse zeigen eine große Spannweite von 0-100% (Median 50%). In 19 Zentren erhielt kein Pat. mit Progress unter palliativer Erstlinientherapie eine Zweitlinientherapie [1 - 22, Median]. Dagegen erfolgte in 34 Zentren bei allen diesen Pat. [1 - 11, Median 5] eine Zweitlinientherapie.

\* 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.  
Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren / Pankreaskarzinomzentren  
Julia Mayerle, Vorsitzende Zertifizierungskommission  
Christoph Reißfelder, Vorsitzender Zertifizierungskommission  
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Manije Sabet-Rashedi, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Carolin Barth, OnkoZert  
Michaela Rommel, OnkoZert  
Florina Dudu, OnkoZert

## Impressum

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

in Zusammenarbeit mit:  
OnkoZert, Neu-Ulm  
[www.onkozert.de](http://www.onkozert.de)

Version e-A1-de; Stand 09.09.2024

ISBN: 978-3-910336-52-0



9 783910 336520