



Kennzahlenauswertung 2024

Jahresbericht der zertifizierten Speiseröhrenkrebszentren

Auditjahr 2023 / Kennzahlenjahr 2022

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Speiseröhrenkrebszentren 2023	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung	8
Kennzahlenauswertungen	12
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle	12
Kennzahl Nr. 1b: Pat. mit neuauftretendem 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)	24
Kennzahl Nr. 10: Inhalt Pathologiebericht lokale Exzidate (LL QI)	25
Kennzahl Nr. 11: Inhalt Pathologiebericht OP-Resektat (LL QI)	26
Kennzahl Nr. 12: Operative chirurgische Expertise	27
Kennzahl Nr. 13: Revisions-OPs	28
Kennzahl Nr. 14: Endoskopische R0-Resektion (LL QI)	29
Kennzahl Nr. 15: Chirurgische R0-Resektion (LL QI)	30
Kennzahl Nr. 16: Anastomoseninsuffizienz (LL QI)	31
Kennzahl Nr. 17: Mortalität postoperativ (LL QI)	32
Kennzahl Nr. 18: Präoperative Radiochemotherapie bei cT3/cT4-Plattenepithelkarzinom	33
Kennzahl Nr. 19: Perioperative Chemotherapie oder präoperative Radiochemotherapie bei Adenokarzinom	34
Kennzahl Nr. 20: First-Line Chemotherapie bei metastasiertem Adenokarzinom (LL QI)	35
Impressum	36

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

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-OPs	

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.

Die Qualitätsindikatoren (QI's) beziehen sich auf die Version 3.0 der S3-LL Diagnostik und Therapie der Plattenepithelkarzinome und Adenokarzinome des Ösophagus.

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.

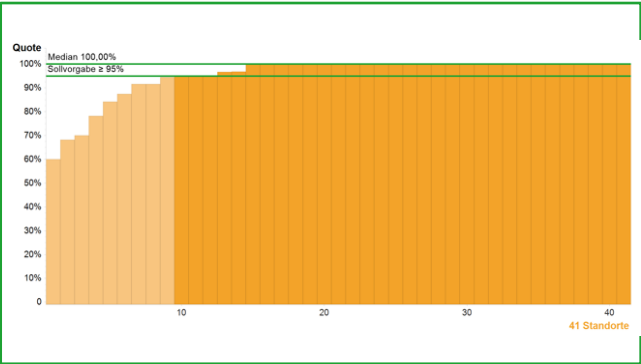
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

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

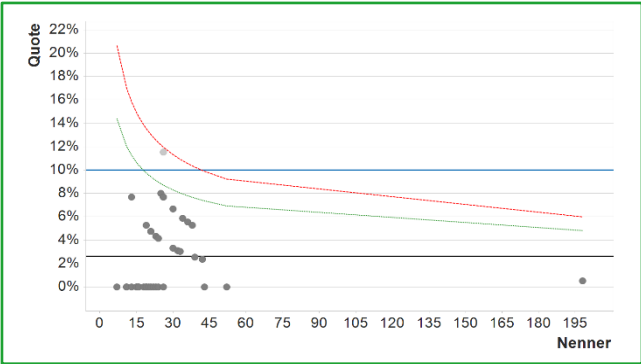
Diagramm:

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	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	10*	3 - 31	463
Nenner	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	10*	4 - 32	493
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	60,00% - 100%	93,91%**

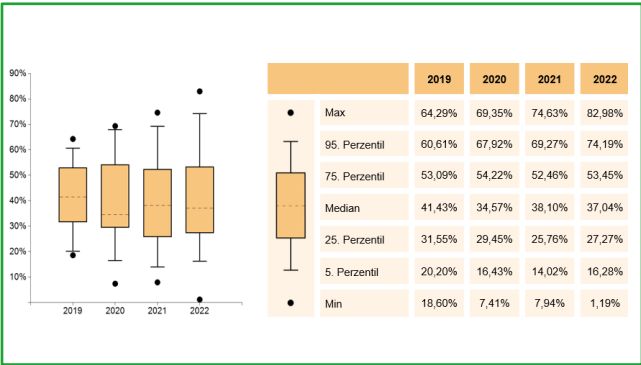


Allgemeine Informationen



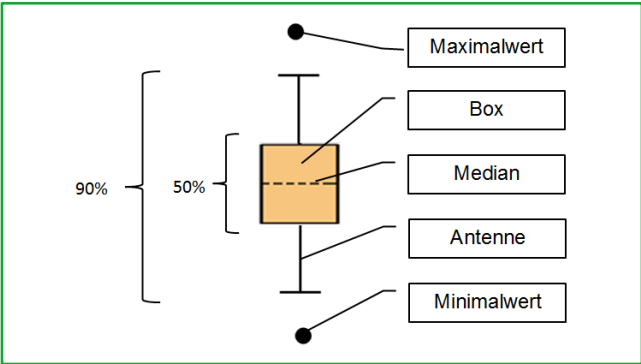
Funnel Plots:

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 **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 Speiseröhrenkrebszentren 2023

	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
Laufende Verfahren	5	4	1	3
Zertifizierte Zentren	44	36	32	24
Zertifizierte Standorte	45	37	33	25

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	41	33	27	20
entspricht	91,1%	89,2%	81,8%	80%
Primärfälle gesamt*	2.359	2.027	1.481	1.134
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	57,5	61,4	54,8	56,7
Primärfälle pro Standort (Median)*	47	52	46	46,5

* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

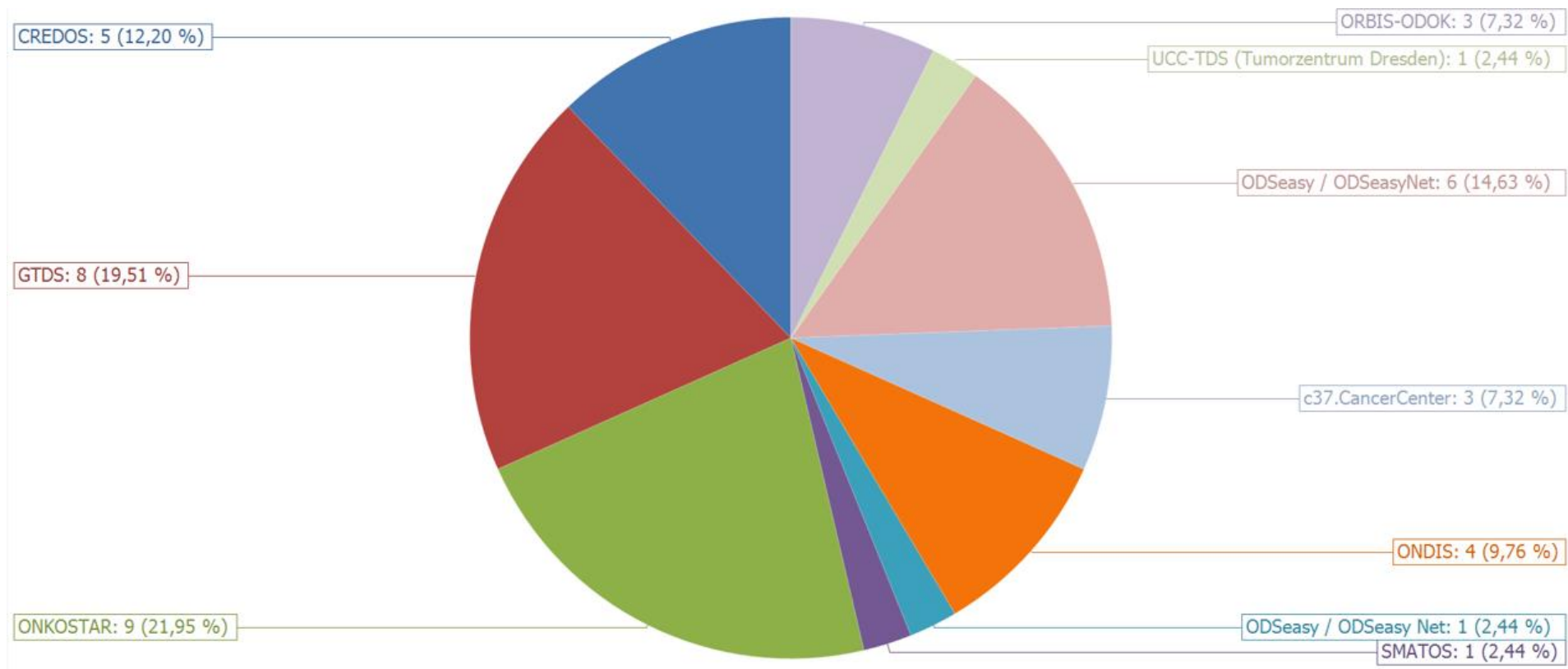
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Speiseröhrenkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 41 der 45 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 4 Standorte, die im Jahr 2023 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend).

In den 45 Standorten wurden insgesamt 2.578 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de abgebildet.

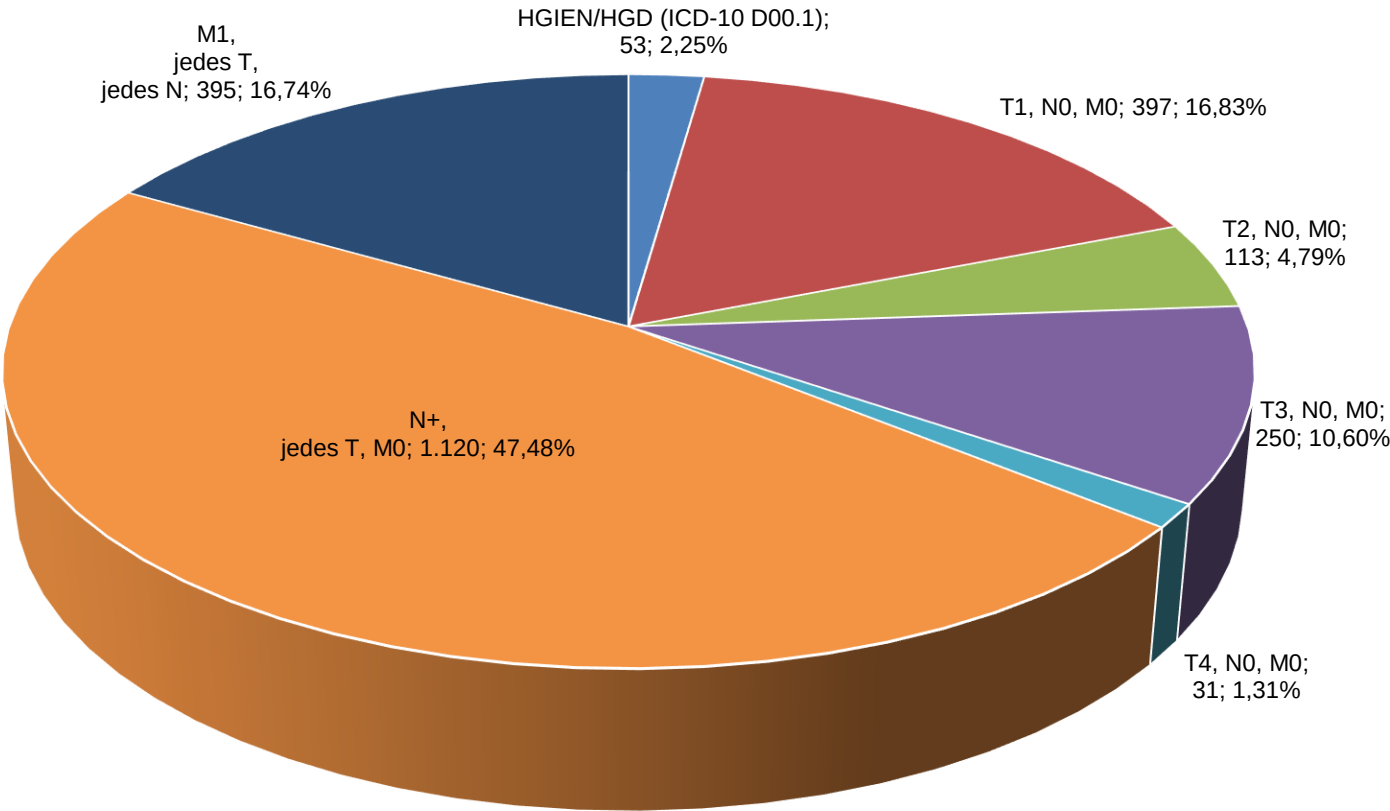
Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2022. Sie stellen für die in 2023 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



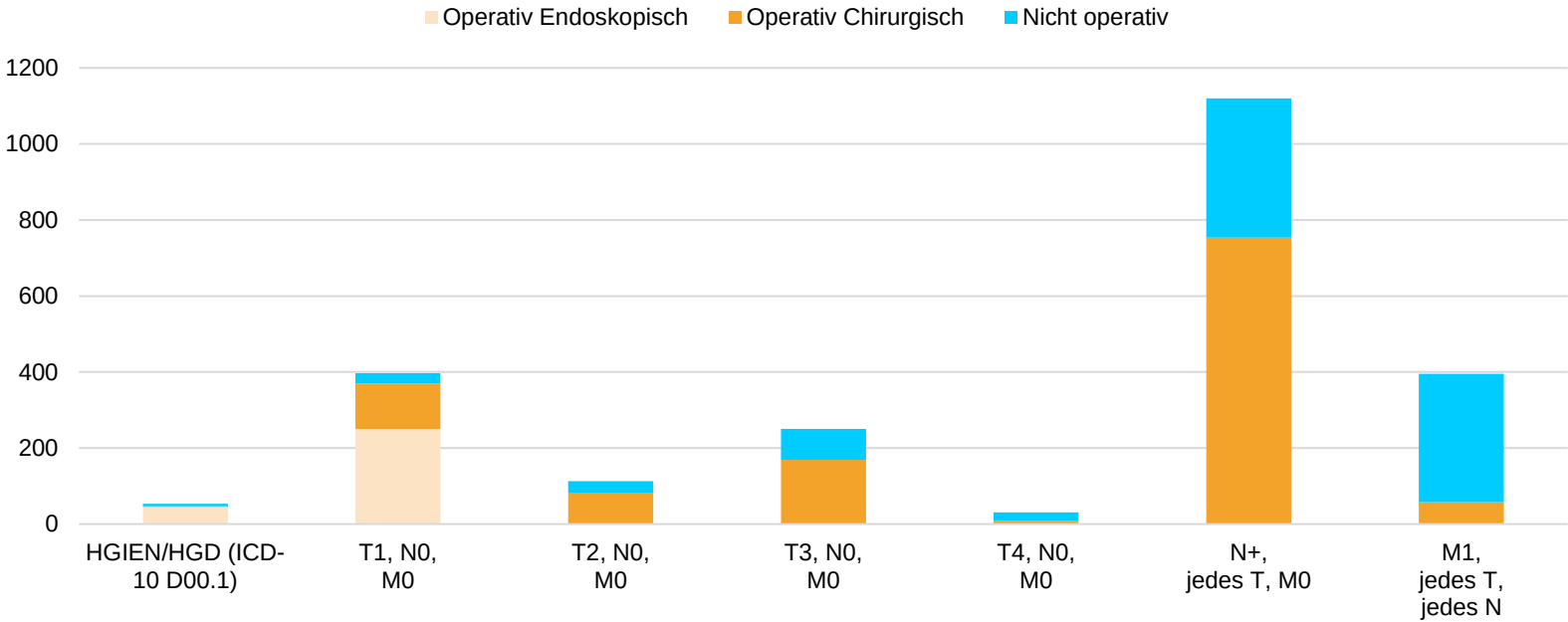
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum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

Basisdaten – Primärfälle Speiseröhre



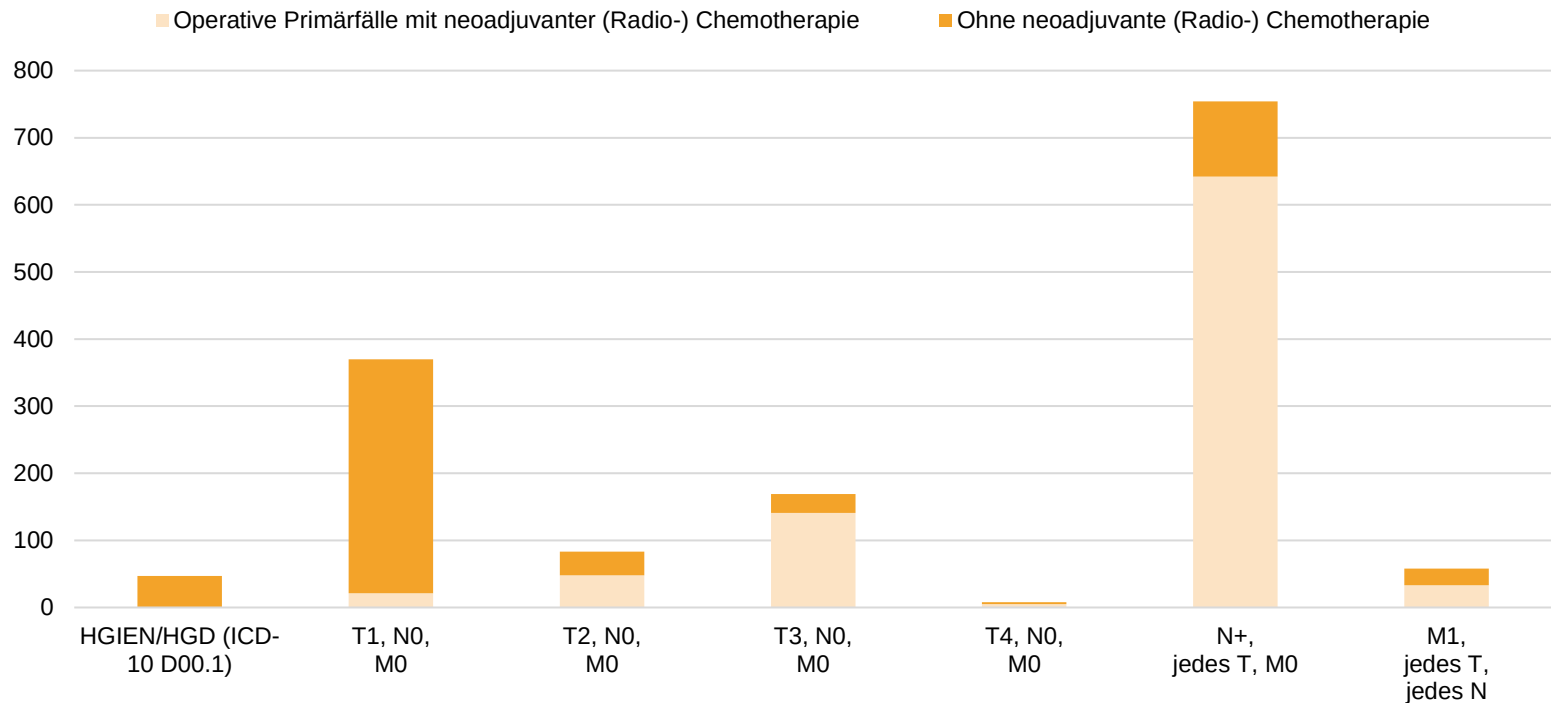
	HGIEN/HGD (ICD-10 D00.1)	T1, N0, M0	T2, N0, M0	T3, N0, M0	T4, N0, M0	N+, jedes T, M0	M1, jedes T, jedes N	Gesamt
Primärfälle	53 (2,25%)	397 (16,83%)	113 (4,79%)	250 (10,60%)	31 (1,31%)	1.120 (47,48%)	395 (16,74%)	2.359 (100%)

Basisdaten – Operative Primärfälle und nicht operative Primärfälle Speiseröhre



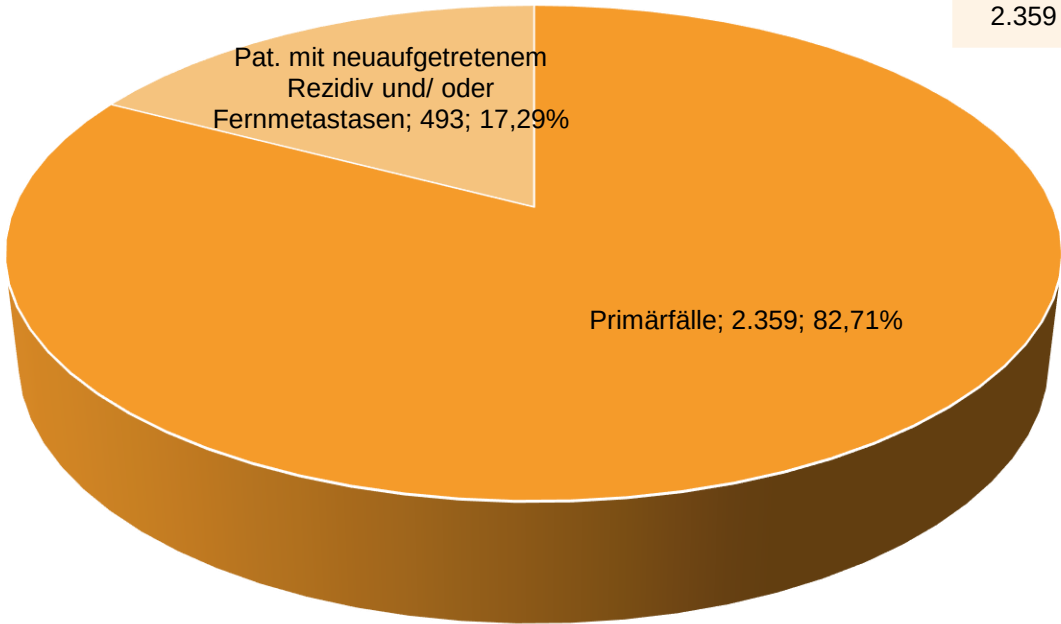
	HGIEN/HGD (ICD-10 D00.1)	T1, N0, M0	T2, N0, M0	T3, N0, M0	T4, N0, M0	N+, jedes T, M0	M1, jedes T, jedes N	Gesamt
Operativ Endoskopisch	45 (15,15%)	250 (84,18%)	1 (0,34%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,34%)	0 (0,00%)	297 (100%)
Operativ Chirurgisch	2 (0,17%)	120 (10,07%)	82 (6,88%)	169 (14,18%)	8 (0,67%)	753 (63,17%)	58 (4,87%)	1.192 (100%)
davon elektiv	2 (0,17%)	120 (10,07%)	82 (6,88%)	169 (14,18%)	7 (0,59%)	752 (63,09%)	58 (4,87%)	1.190 (99,83%)
davon Notfall	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,08%)	1 (0,08%)	0 (0,00%)	2 (0,16%)
Nicht operativ	6 (0,69%)	27 (3,10%)	30 (3,45%)	81 (9,31%)	23 (2,64%)	366 (42,07%)	337 (38,74%)	870 (100%)
Primärfälle Gesamt	53	397	113	250	31	1.120	395	2.359

Basisdaten – Operative Primärfälle mit und ohne neoadjuvante Chemotherapie Speiseröhre



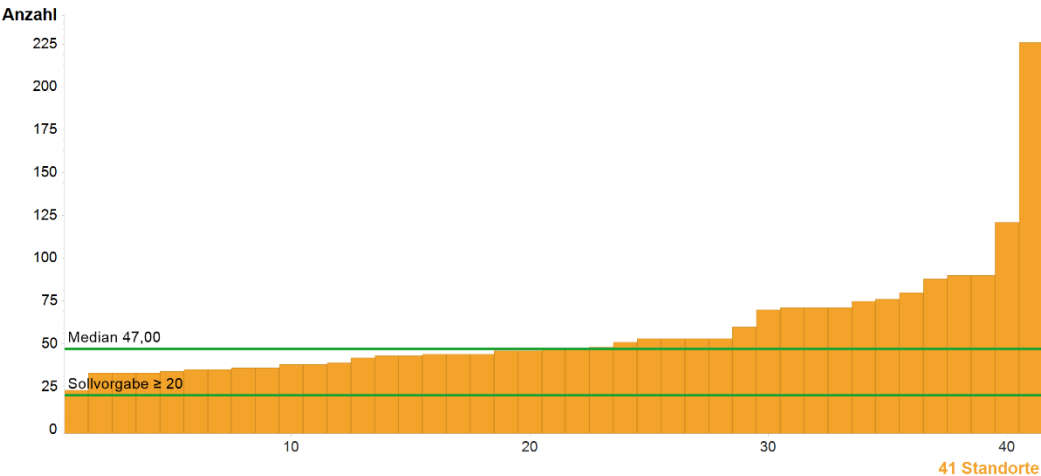
	HGIEN/HGD (ICD-10 D00.1)	T1, N0, M0	T2, N0, M0	T3, N0, M0	T4, N0, M0	N+, jedes T, M0	M1, jedes T, jedes N	Gesamt
Operative Primärfälle (chirurgisch und endoskopisch) mit neoadjuvanter (Radio-) Chemotherapie	0 (0,00%)	21 (2,36%)	48 (5,39%)	141 (15,84%)	5 (0,56%)	642 (72,13%)	33 (3,71%)	890 (100%)
Ohne neoadjuvante (Radio-) Chemotherapie	47 (7,85%)	349 (58,26%)	35 (5,84%)	28 (4,67%)	3 (0,50%)	112 (18,70%)	25 (4,17%)	599 (100%)
Gesamt	47	370	83	169	8	754	58	1.489

Basisdaten – Zentrumsfälle Speiseröhre

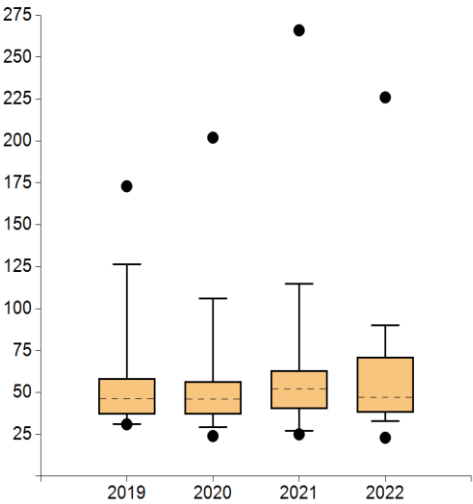


Primärfälle	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	Zentrumsfälle
2.359 (82,71%)	493 (17,29%)	2.852 (100%)

1a. Primärfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	47	23 - 226	2359
	Sollvorgabe ≥ 20			

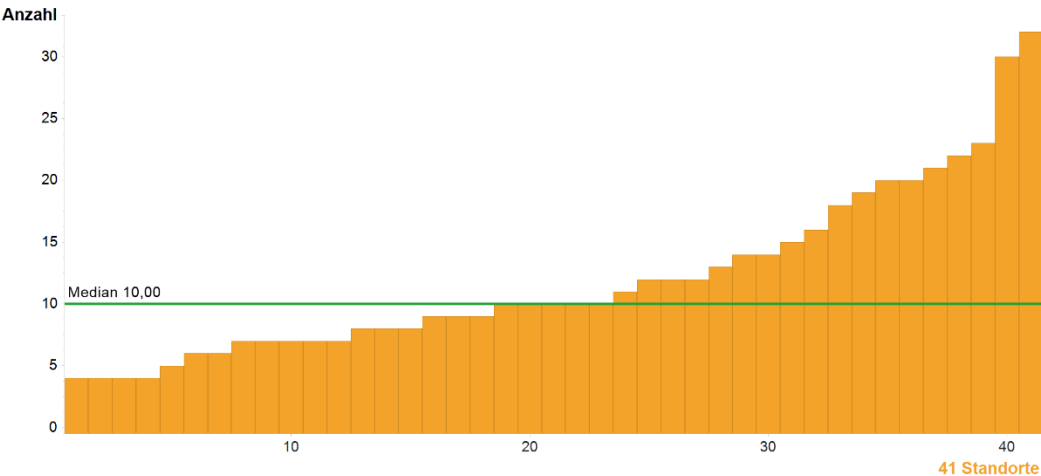


		2019	2020	2021	2022
●	Max	173,00	202,00	266,00	226,00
	95. Perzentil	126,45	106,10	114,60	90,00
	75. Perzentil	58,25	56,50	63,00	71,00
	Median	46,50	46,00	52,00	47,00
	25. Perzentil	37,00	37,00	40,00	38,00
	5. Perzentil	31,00	29,30	27,20	33,00
●	Min	31,00	24,00	25,00	23,00

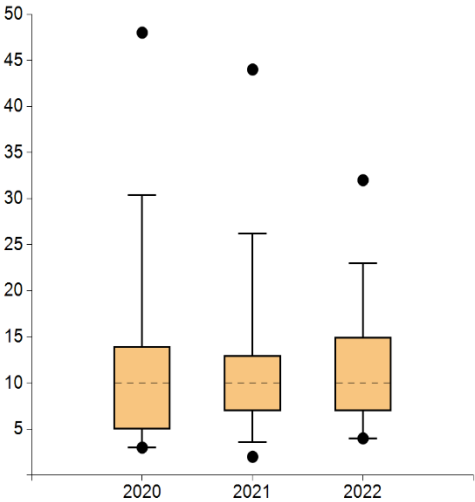
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
41	100,00%	41	100,00%

Anmerkungen:
Im aktuellen KeZa-Jahr zeigt sich ein Zuwachs der Anzahl an Zentren von 24,2% (Vorjahr 33 Zentren) mit einem konsekutiven Anstieg der PF-Zahl um 16,4% (Vorjahr 2027 PF) bei leicht sinkendem Median auf 47 (Vorjahr 52).
Alle Zentren erreichen die Mindestvorgabe von 20 Primärfällen pro Jahr, bei einem Minimalwert von 23 Fällen.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	10	4 - 32	493
	Keine Sollvorgabe			

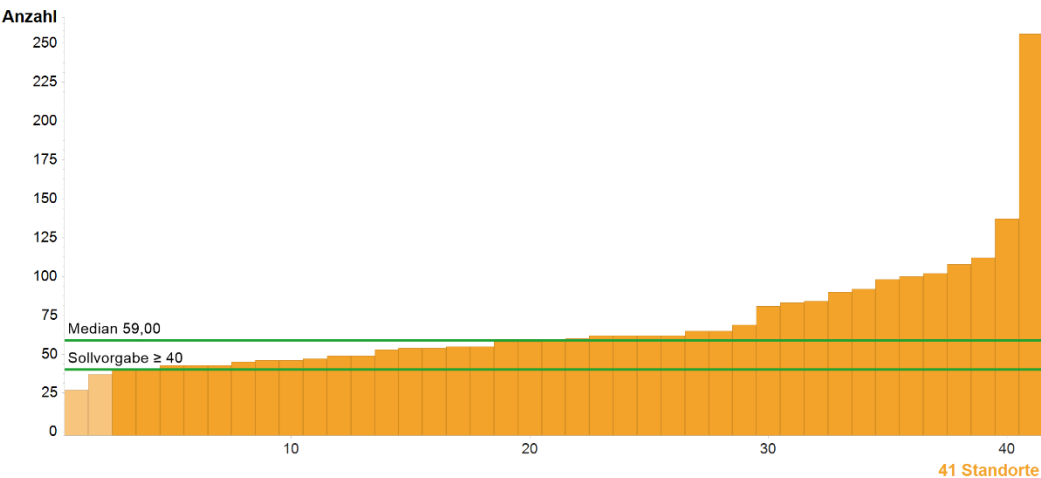


		2019	2020	2021	2022
Max		-----	48,00	44,00	32,00
95. Perzentil		-----	30,40	26,20	23,00
75. Perzentil		-----	14,00	13,00	15,00
Median		-----	10,00	10,00	10,00
25. Perzentil		-----	5,00	7,00	7,00
5. Perzentil		-----	3,00	3,60	4,00
Min		-----	3,00	2,00	4,00

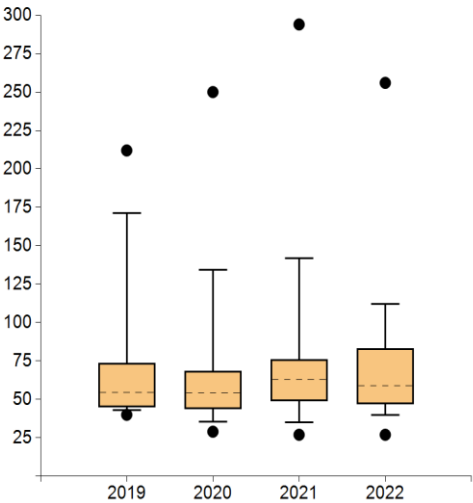
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
41	100,00%	-----	-----

Anmerkungen:
Der Median der Pat., bei denen neue Rezidive und/ oder Fernmetastasen auftraten, hat sich auch im aktuellen KeZa-Jahr nicht verändert. Die Gesamtzahl dieser Fälle erhöhte sich – analog zum Anstieg der Primärfallzahlen (siehe KeZa 1a) – um 24,49% (Vorjahr 396 Pat. gesamt). Für diese Kennzahl gibt es keine festgelegte Sollvorgabe.

1c. Zentrumsfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Zentrumsfälle	59	27 - 256	2852
	Sollvorgabe ≥ 40			

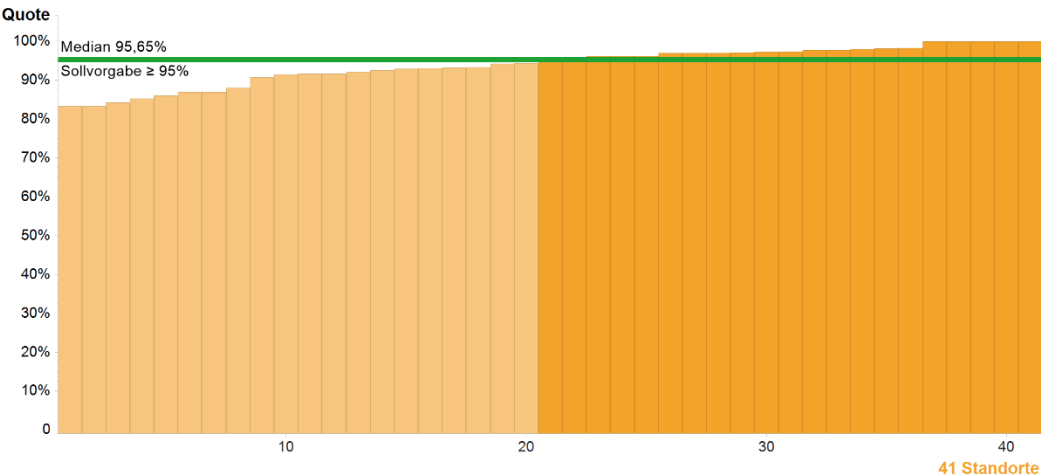


		2019	2020	2021	2022
●	Max	212,00	250,00	294,00	256,00
	95. Perzentil	171,15	134,40	141,80	112,00
	75. Perzentil	73,50	68,50	76,00	83,00
	Median	54,50	54,00	63,00	59,00
	25. Perzentil	45,00	44,00	49,00	47,00
	5. Perzentil	42,85	35,50	35,20	40,00
●	Min	40,00	29,00	27,00	27,00

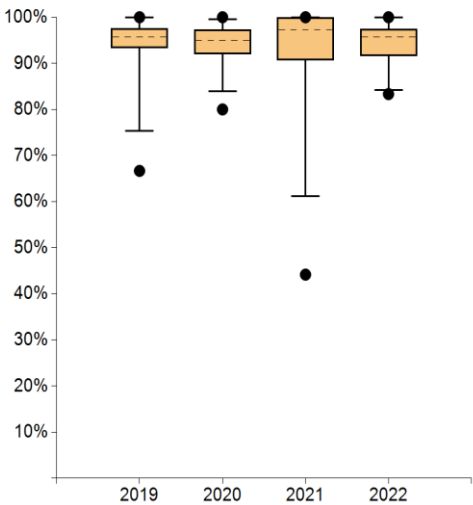
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
41	100,00%	39	95,12%

Anmerkungen:
Die Zahl der Zentrumsfälle ist im Vergleich zum Vorjahr weniger stark angestiegen (+ 17,71%, Vorjahr + 34,84%) und im Median auf 59 gesunken (Vorjahr 63). 2 Zentren unterschritten die Sollvorgabe (Vorjahr 3) und begründeten dies mit gesperrten Betten und Wettbewerb durch umliegende Häuser. Für das Folgejahr erwarten diese Zentren jedoch, dass die Sollvorgabe erreicht wird.

2. Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die prätherapeutisch und nach abgeschlossenem Staging in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	44*	22 - 199	2199
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	47*	23 - 226	2359
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	95,65%	83,33% - 100%	93,22%**



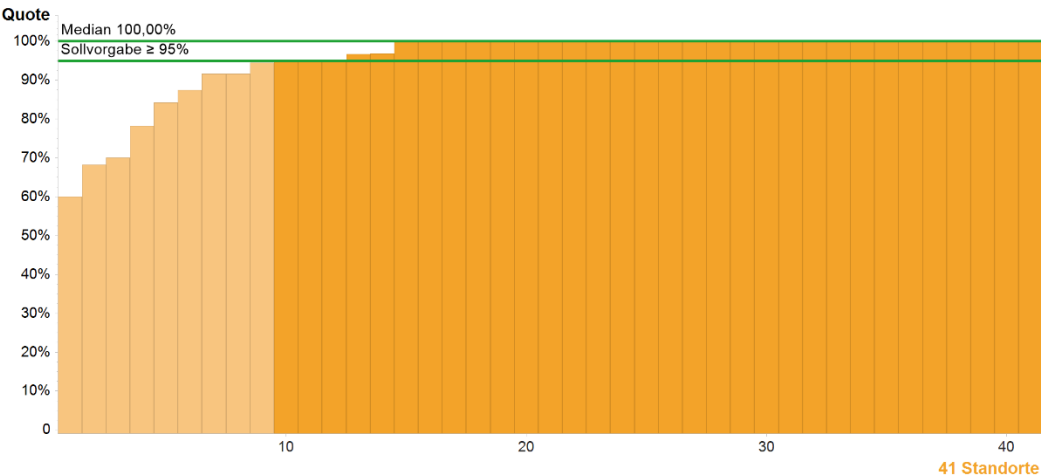
	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	99,57%	100%	100%
75. Perzentil	97,51%	97,30%	100%	97,37%
Median	95,70%	94,87%	97,30%	95,65%
25. Perzentil	93,35%	92,03%	90,63%	91,67%
5. Perzentil	75,27%	83,89%	61,22%	84,21%
Min	66,67%	80,00%	44,17%	83,33%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
41	100,00%	21	51,22%

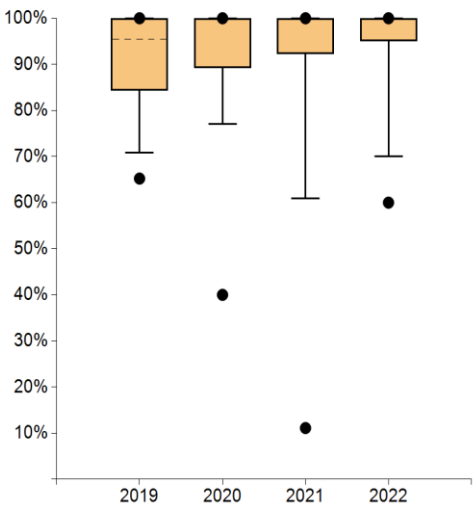
Anmerkungen:
Im aktuellen KeZa-Jahr sinkt der Median der prätherap. Fallvorstellungen wieder auf 95,6% (Vorjahr 97%) bei steigender Gesamtquote von 93,2% (Vorjahr 89,15%). Gleichzeitig erfüllen nur ca. die Hälfte der Zentren die Sollvorgabe (51,2%); im Vorjahr waren es noch fast 70%. Begründend wurde bei 67 Fällen der erst postintervent. Malignitätsnachweis bei endoskop. Resektion angeführt. Bei 50 Fällen erfolgt eine ext. Vorbehandlung und ext. Tumorkonferenz, bei 12 Fällen wurde eine Vorstellung versäumt. Bei 3 Pat. erfolgte eine operative Resektion bei Barrett-Frühkarzinom u. 2x bei dringlicher Indikation mit erst postop. Malignitätsnachweis. Die FE wiesen teilweise daraufhin, dass bei tumorverdächtigen Befunden eine prätherap. Vorstellung auch vor ESD/EMR angestrebt werden sollte. Die Zentren reagierten u.a. mit der Neuvorstellung in eigenen Tumorkonferenzen und der Anpassung 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.

3. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv/ metachrone Metastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	10*	3 - 31	463
Nenner	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	10*	4 - 32	493
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	60,00% - 100%	93,91%**



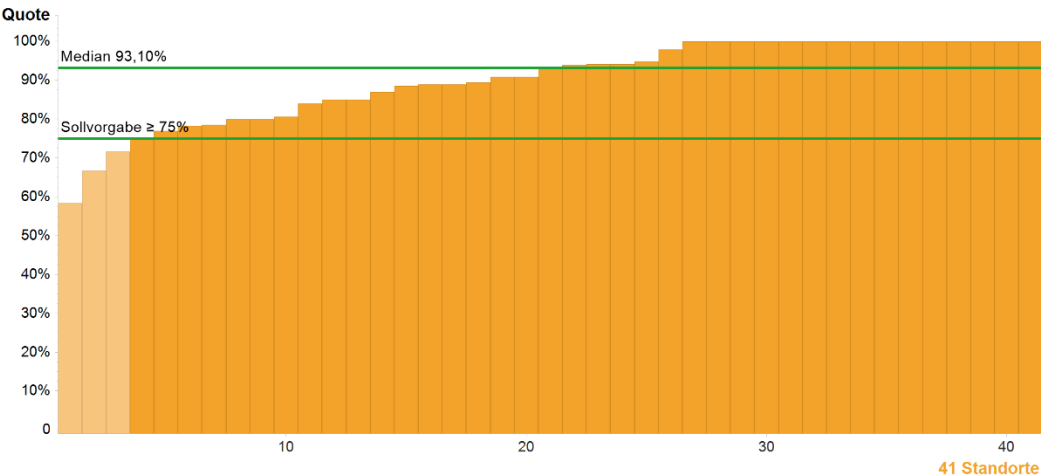
	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	95,46%	100%	100%	100%
25. Perzentil	84,30%	89,17%	92,31%	95,00%
5. Perzentil	70,82%	77,05%	60,92%	70,00%
Min	65,22%	40,00%	11,11%	60,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
41	100,00%	32	78,05%

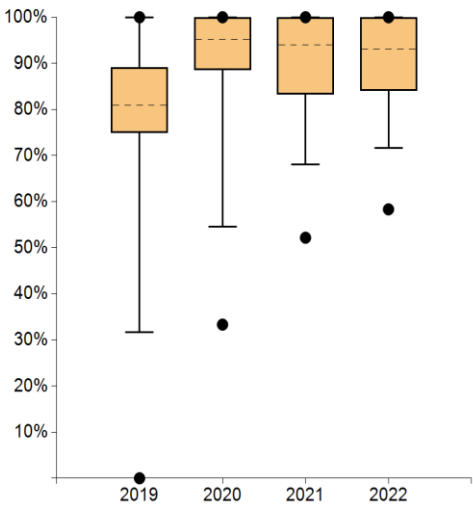
Anmerkungen:
Die prätherapeutische Vorstellung bei Rezidiv/ metachronen Metastasen zeigt eine positive Entwicklung über alle Einzelwerte im Vgl. zum Vorjahr. 78% der Zentren erfüllten die Sollvorgabe (Vorjahr 63,6%). 9 Zentren (Vorjahr 12) unterschritten diese. Der häufigste Grund für den Verzicht auf die Vorstellung war Progress unter laufender Therapie (15 Pat.). Hier wiesen die FE darauf hin, dass auch bei Therapieumstellung, aber v.a. bei Änderung des therapeut. Konzepts eine Vorstellung erfolgen muss. Vereinzelt wurde mit Versäumnis (3x), frühzeitigem Versterben des Pat. (3x), Notoperationen (2x) und endoskop. Therapie mit erst postintervent. Nachweis des Rezidivs (2x) begründet. Hieraus ergaben sich keine Maßnahmen.

* 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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der posttherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	17*	3 - 116	895
Nenner	Primärfälle mit Ösophaguskarzinom und abgeschlossener neoadjuvanter (Radio-) Chemotherapie	20*	3 - 162	1025
Quote	Sollvorgabe ≥ 75%	93,10%	58,33% - 100%	87,32%**



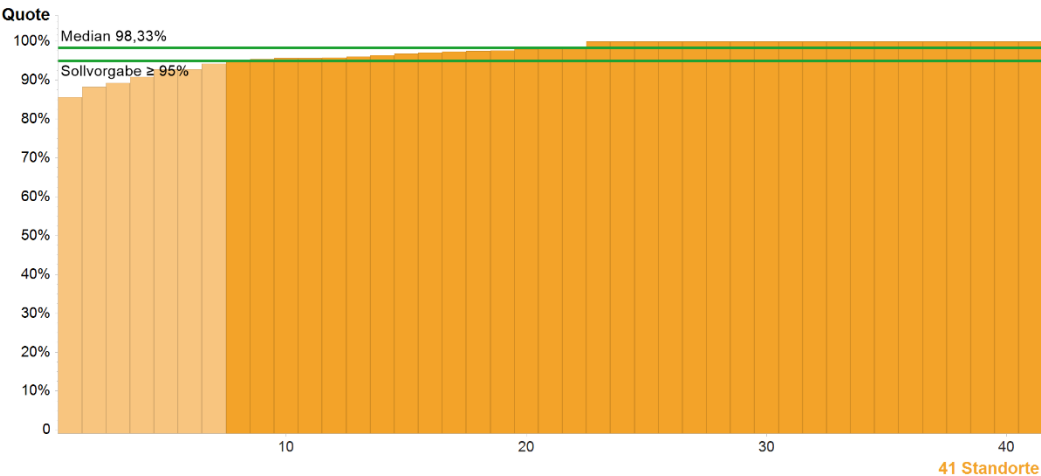
	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	89,06%	100%	100%	100%
Median	80,91%	95,24%	93,94%	93,10%
25. Perzentil	75,00%	88,60%	83,33%	84,00%
5. Perzentil	31,66%	54,51%	68,04%	71,60%
Min	0,00%	33,33%	52,17%	58,33%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
41	100,00%	38	92,68%

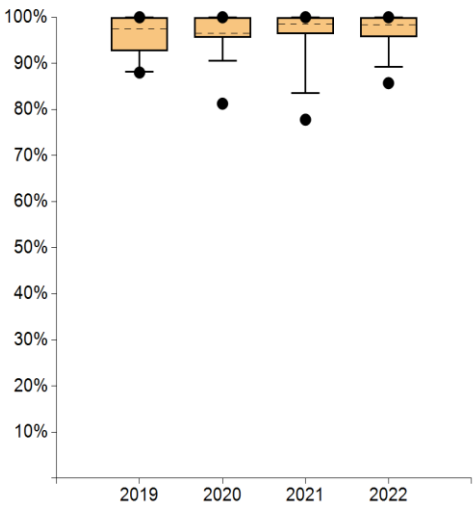
Anmerkungen:
Auch im aktuellen Jahr sinkt der Median und die Gesamtquote (Vorjahr 89,7%) leicht ab, bei steigenden Werten der unteren Perzentilen und Gesamtzahl der Standorte mit erfüllter Sollvorgabe (Vorjahr 90,91%). Erneut haben 3 Zentren die Sollvorgabe verfehlt, hiervon eines bereits im Jahr zuvor. Begründend wurde in den weitaus meisten Fällen (49x) angegeben, dass die operative Resektion nach Neoadjuvanz bereits in der prätherapeutischen Konferenz festgelegt wurde und auf eine zweite Vorstellung aus Kapazitätsgründen verzichtet wurde. In Einzelfällen wurde Versäumnis oder Versterben des Patienten angeführt. Maßnahmen- falls erforderlich- 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 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	28*	7 - 199	1447
Nenner	Operative Primärfälle (endoskopisch und chirurgisch)	28*	7 - 199	1489
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	98,33%	85,71% - 100%	97,18%**



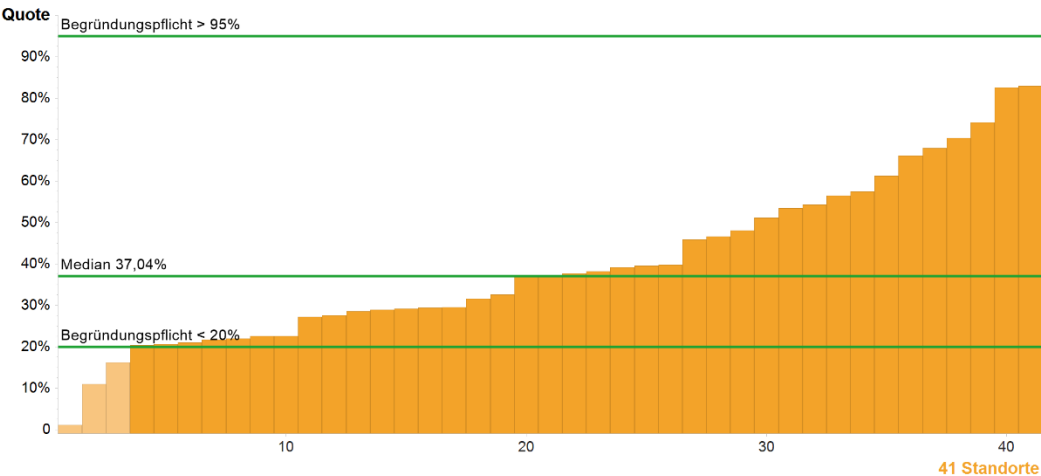
	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	97,49%	96,55%	98,49%	98,33%
25. Perzentil	92,72%	95,55%	96,43%	95,65%
5. Perzentil	88,23%	90,60%	83,52%	89,29%
Min	88,00%	81,25%	77,78%	85,71%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
41	100,00%	34	82,93%

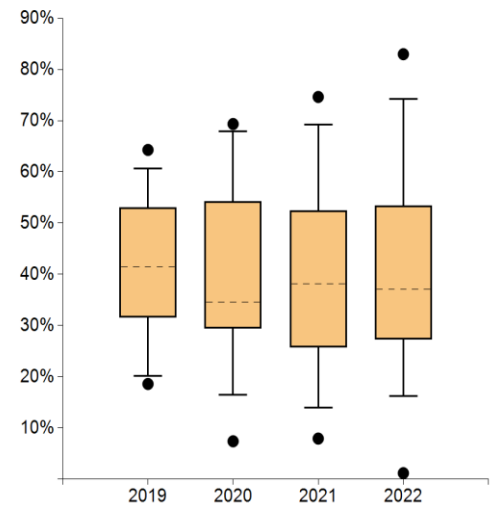
Anmerkungen:
Diese Kennzahl hält sich im Vergleich zum Vorjahr weitestgehend auf hohem Niveau konstant mit leichtem Anstieg im Bereich der unteren Perzentilen. 7 Zentren konnten die Sollvorgabe nicht erreichen (Vorjahr 6). Lediglich eines davon war bereits im Vorjahr auffällig gewesen. 12 Fälle wurden nach endoskopischer Therapie bei Frühkarzinomen nicht vorgestellt, 7 Fälle aufgrund des frühzeitigen Versterbens des Pat. und 4x wurde eine Vorstellung versäumt. Die FE unterstreichen in den Audits die Notwendigkeit einer konsequenten Vorstellung endoskopisch und chirurgisch therapierter 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.

6. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	23*	1 - 53	1026
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	59*	27 - 256	2852
Quote	Begründungspflicht*** <20% und >95%	37,04%	1,19% - 82,98%	35,97%**



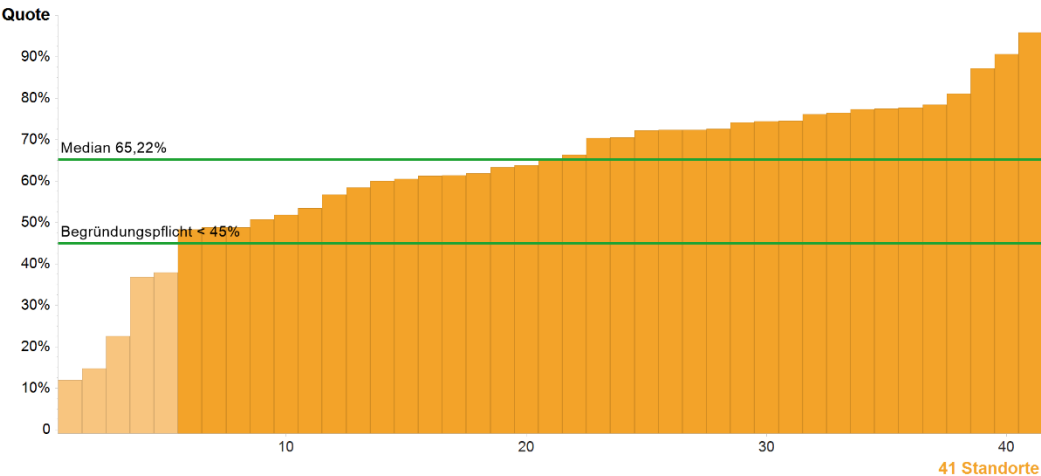
	2019	2020	2021	2022
Max	64,29%	69,35%	74,63%	82,98%
95. Perzentil	60,61%	67,92%	69,27%	74,19%
75. Perzentil	53,09%	54,22%	52,46%	53,45%
Median	41,43%	34,57%	38,10%	37,04%
25. Perzentil	31,55%	29,45%	25,76%	27,27%
5. Perzentil	20,20%	16,43%	14,02%	16,28%
Min	18,60%	7,41%	7,94%	1,19%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
41	100,00%	38	92,68%

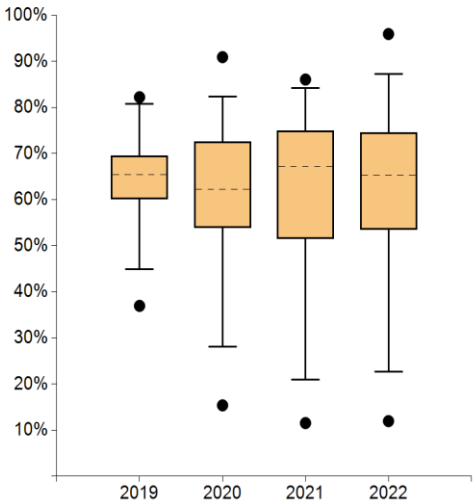
Anmerkungen:
Die Durchdringung dieser KeZa hält sich mit einer Gesamtquote von 35,97% (Vorjahr 35,66%) auf Vorjahresniveau stabil. Erneut fallen 4 Zentren unter die Begründungspflicht und argumentierten mit der Umstellung auf Screeningsprozesse, wie sie seit dem Jahr 2023 im KeZa Bogen Darmkrebs bereits abgefragt werden. Für das Folgejahr erwarten die Zentren somit eine höhere Erfüllungsquote.

* 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 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	38*	8 - 201	1772
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	59*	27 - 256	2852
Quote	Begründungspflicht*** <45%	65,22%	11,96% - 95,92%	62,13%**



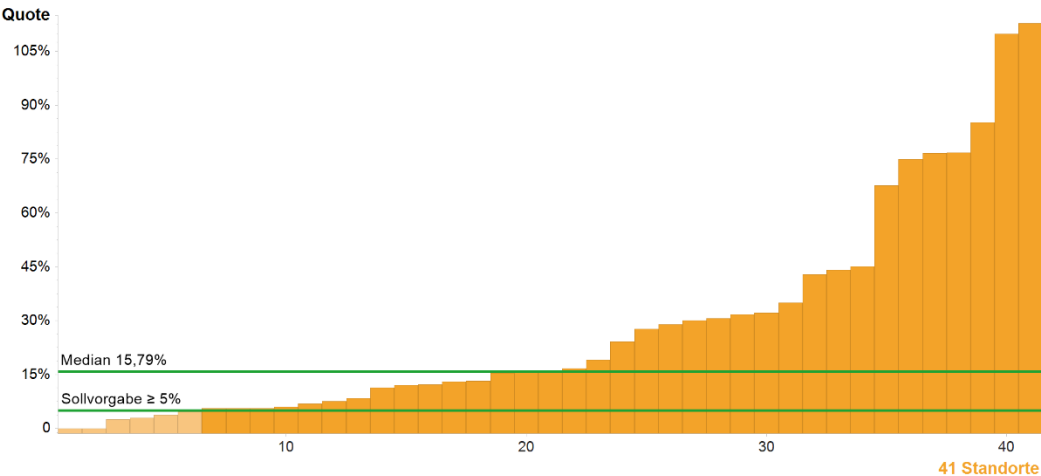
	2019	2020	2021	2022
Max	82,22%	90,91%	86,05%	95,92%
95. Perzentil	80,74%	82,28%	84,20%	87,27%
75. Perzentil	69,45%	72,57%	75,00%	74,58%
Median	65,42%	62,22%	67,14%	65,22%
25. Perzentil	60,08%	53,93%	51,52%	53,45%
5. Perzentil	44,89%	28,12%	20,93%	22,63%
Min	36,96%	15,38%	11,54%	11,96%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
41	100,00%	36	87,80%

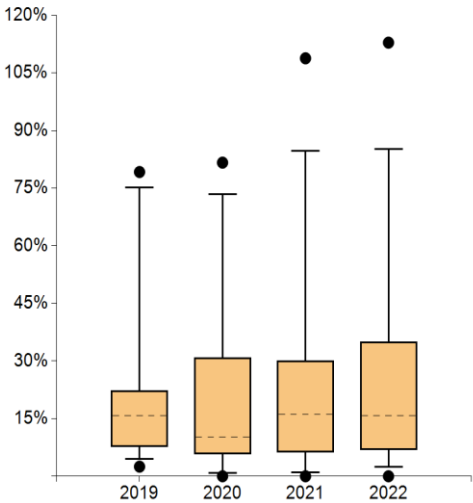
Anmerkungen:
Die Kennzahl weist auf gesamter Spannbreite eine positive Entwicklung auf; auch die Gesamtquote und der Anteil der Zentren innerhalb des Plausibilitätskorridor sind angestiegen. Der Median ist leicht gesunken. (87,8%, Vorjahr 81,8%). 5 Zentren (Vorjahr 6) fielen unter die Begründungspflicht; hiervon 3 mit Standort im Ausland, wo andere Zuständigkeiten und Leistungsansprüche in Bezug auf die Sozialberatung gelten. Die übrigen beiden Zentren begründeten die Unterschreitung mit einem hohen Anteil an endoskop. therapierten 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.
*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

8. Anteil Studienpat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	8*	0 - 79	718
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	47*	23 - 226	2359
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	15,79%	0,00% - 112,86%	30,44%**



		2019	2020	2021	2022
●	Max	79,19%	81,63%	108,79%	112,86%
	95. Perzentil	75,21%	73,49%	84,69%	85,23%
	75. Perzentil	22,32%	30,91%	30,00%	35,00%
	Median	15,78%	10,14%	16,13%	15,79%
	25. Perzentil	7,70%	5,80%	6,25%	6,82%
	5. Perzentil	4,45%	0,78%	1,01%	2,50%
●	Min	2,50%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
41	100,00%	35	85,37%

Anmerkungen:
Bei leicht sinkendem Median zeigt die Studienbeteiligung generell einen positiven Trend u.a. mit einer Gesamtquote von 30,44% (Vorjahr 27,7%). 6 Zentren unterschritten die Sollvorgabe (Vorjahr 7). Die Gründe dafür variierten je nach Zentrum und umfassten nicht erfüllte Einschlusskriterien, anhaltende Auswirkungen der COVID-19-Pandemie, eine begrenzte Anzahl verfügbarer Studien sowie interne Prozessprobleme. Die Zentren reagierten mit erhöhter Studienaktivität, so dass die Sollvorgabe im Folgejahr voraussichtlich in den meisten Zentren erfüllt wird. Es wurde eine Abweichung 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

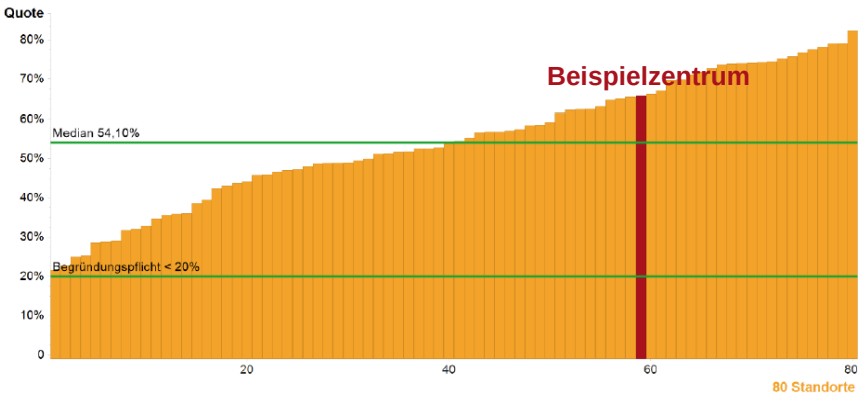
Individueller Jahresbericht - Standortspezifische Kennzahlenauswertung eines Zentrums

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 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 (beispielweise 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:

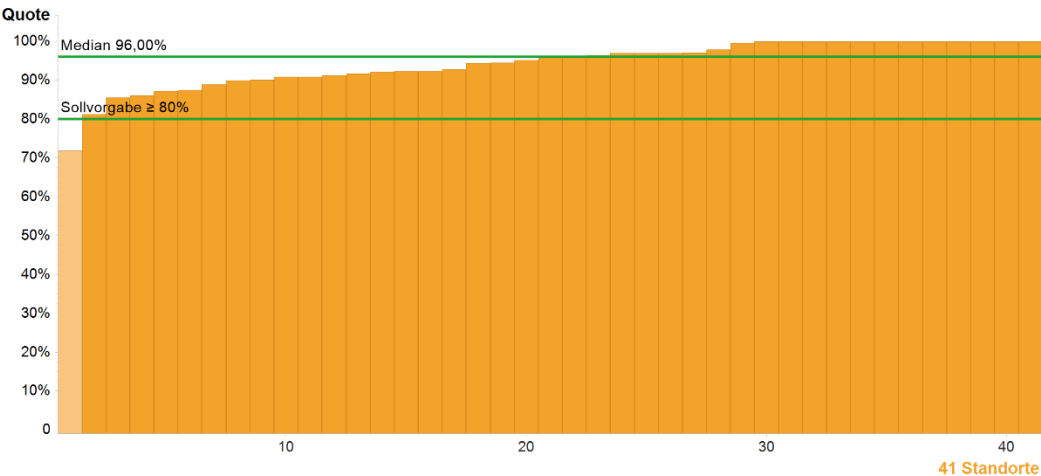
Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- 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).

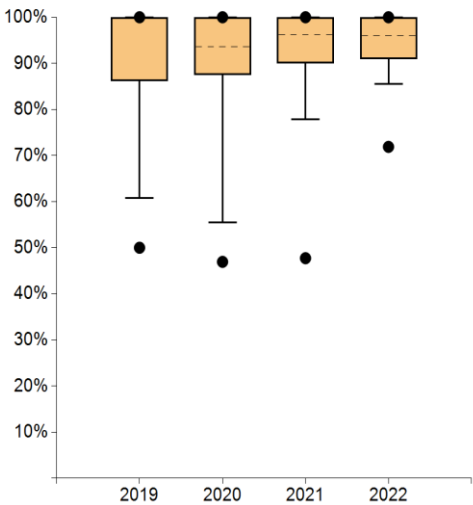
Alle anderen Organkrebszentren / Module

- 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.

9. Inhalt Pathologiebericht Biopsie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit vollständigem Befundbericht	38*	7 - 224	1859
Nenner	Primärfälle mit Biopsie	41*	8 - 225	1960
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	96,00%	71,88% - 100%	94,85%**



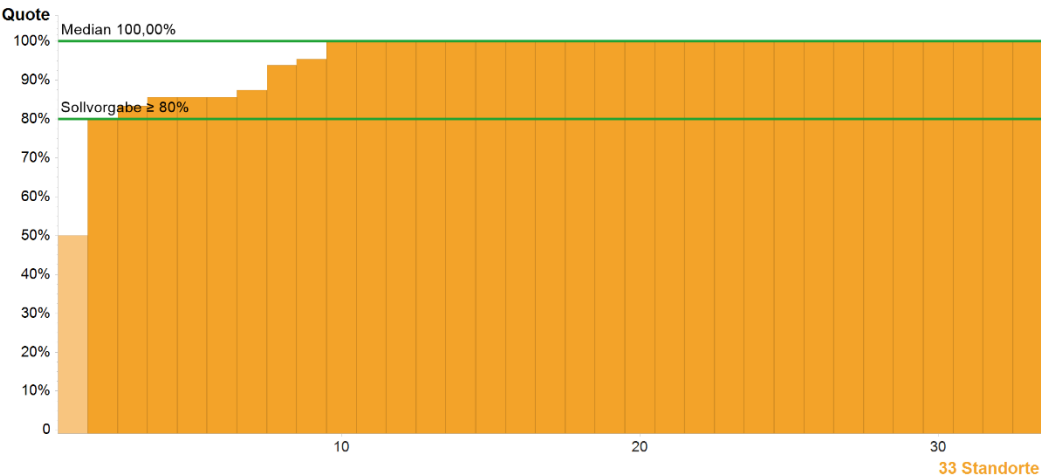
	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	100%	93,62%	96,23%	96,00%
25. Perzentil	86,16%	87,52%	90,00%	90,91%
5. Perzentil	60,73%	55,47%	77,80%	85,54%
Min	50,00%	46,94%	47,73%	71,88%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
41	100,00%	40	97,56%

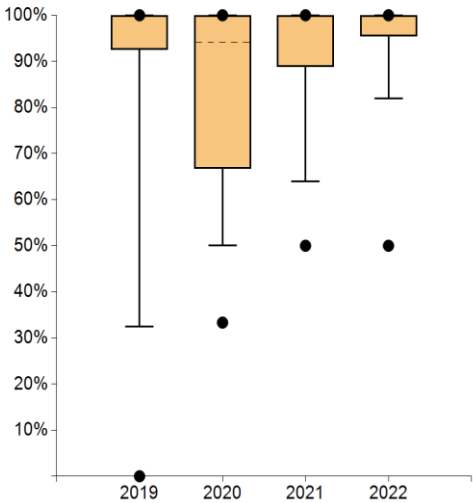
Anmerkungen:
Die Sollvorhabe dieses LL-QIs wurde im Vorjahr auf 80% angehoben. Aktuell zeigt sich ein Anstieg insbesondere im Bereich der unteren Perzentilen und in der Gesamtquote (Vorjahr 92,5%). Lediglich 1 Zentrum verfehlte die Sollvorgabe und verwies auf externe Befunde mit fehlender Angabe zu Becherzellen.

* 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 2022		
		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	5*	1 - 61	277
Nenner	Operative Primärfälle mit endoskopischer OP	5*	1 - 65	297
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	100%	50,00% - 100%	93,27%**



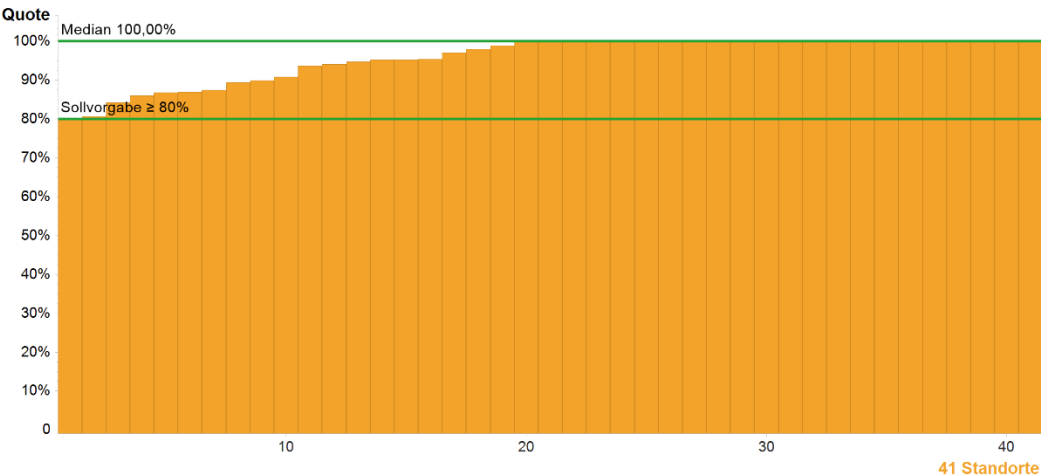
	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	100%	94,12%	100%	100%
25. Perzentil	92,50%	66,67%	88,89%	95,45%
5. Perzentil	32,50%	50,00%	64,00%	82,00%
Min	0,00%	33,33%	50,00%	50,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	80,49%	32	96,97%

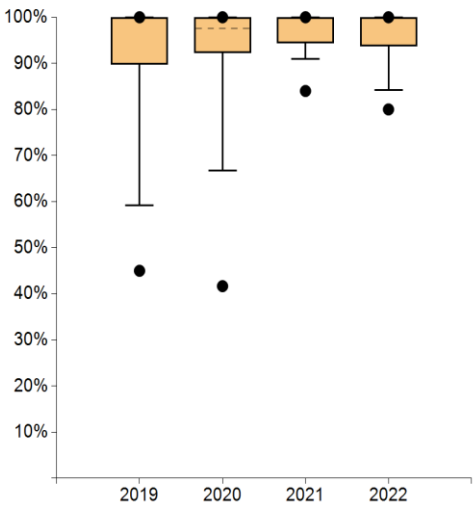
Anmerkungen:
Die Erfüllungsquote dieser Kennzahl ist auf hohem Niveau konstant. Auch im Bereich der unteren Perzentilen ist ein Anstieg zu verzeichnen. Nur 1 Zentrum verfehlte die Sollvorgabe aufgrund fehlender Abstandsangaben der Resektionsränder nach endoskopischer Abtragung. Nach Rücksprache mit der Pathologie konnten diese Auffälligkeiten für das Folgejahr behoben 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.

11. Inhalt Pathologiebericht OP-Resektat (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		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)	21*	7 - 196	1147
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer OP (elektiv und Notfall)	23*	7 - 198	1192
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	100%	80,00% - 100%	96,22%**



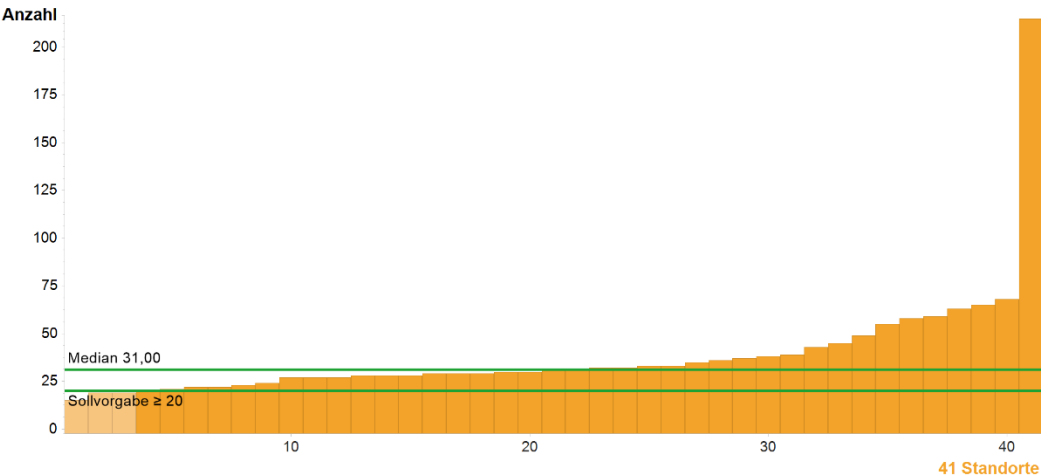
	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	100%	97,50%	100%	100%
25. Perzentil	89,74%	92,30%	94,44%	93,75%
5. Perzentil	59,25%	66,67%	90,93%	84,21%
Min	45,00%	41,67%	84,00%	80,00%

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

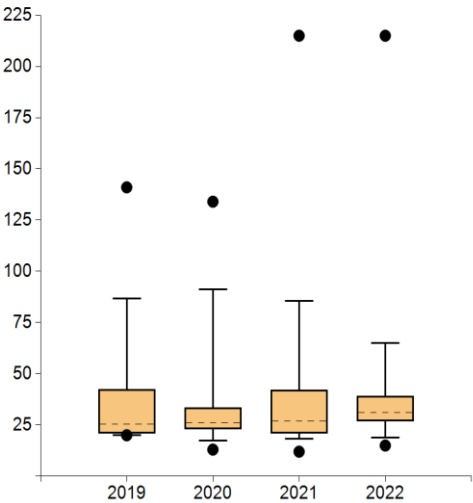
Anmerkungen:
Mit 96,22% Erfüllungsquote zeigt diese Kennzahl eine sehr hohe Durchdringung. Ausnahmslos alle Zentren erreichen die Sollvorgabe. Etwas über die Hälfte der Zentren konnte in 100% der Fälle vollständige Pathologieberichte vorweisen.

* 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 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative chirurgische Expertise	31	15 - 215	1594
	Sollvorgabe ≥ 20			

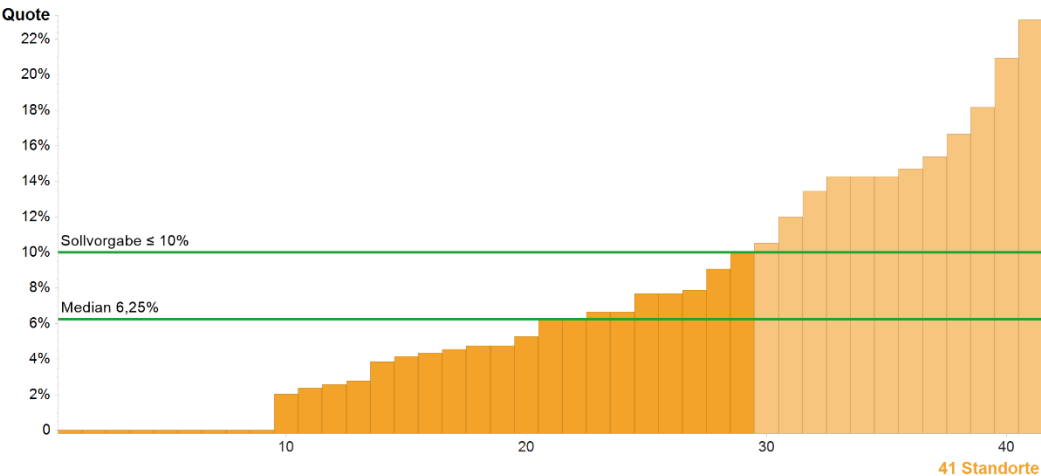


		2019	2020	2021	2022
●	Max	141,00	134,00	215,00	215,00
	95. Perzentil	86,85	91,10	85,60	65,00
	75. Perzentil	42,25	33,50	42,00	39,00
	Median	25,50	26,00	27,00	31,00
	25. Perzentil	21,00	23,00	21,00	27,00
	5. Perzentil	20,00	17,30	18,20	19,00
●	Min	20,00	13,00	12,00	15,00

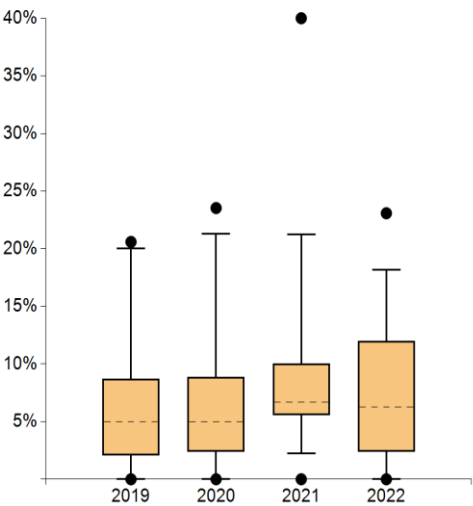
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
41	100,00%	38	92,68%

Anmerkungen:
Die operative Expertise zeigt auch im aktuellen KeZa-Jahr einen positiven Trend mit einem Anstieg der Gesamteingriffe um 24,24% im Vgl. zum Vorjahr. Insbesondere der Median und die unteren Perzentilen steigen weiterhin an. Wie im Vorjahr unterschreiten 3 Zentren die Sollvorgabe von > 20 Eingriffen und begründen dies mit Auswirkungen der COVID-Pandemie sowie Personalfluktuationen, die zu einer Reduktion der Zuweiser führte. Alle 3 Zentren befanden sich im Überwachungsaudit, so dass dies keine Konsequenz für das Zertifikat darstellte.

13. Revisions-OPs



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners mit Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30d nach OP	1*	0 - 9	79
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	23*	7 - 198	1190
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	6,25%	0,00% - 23,08%	6,64%**



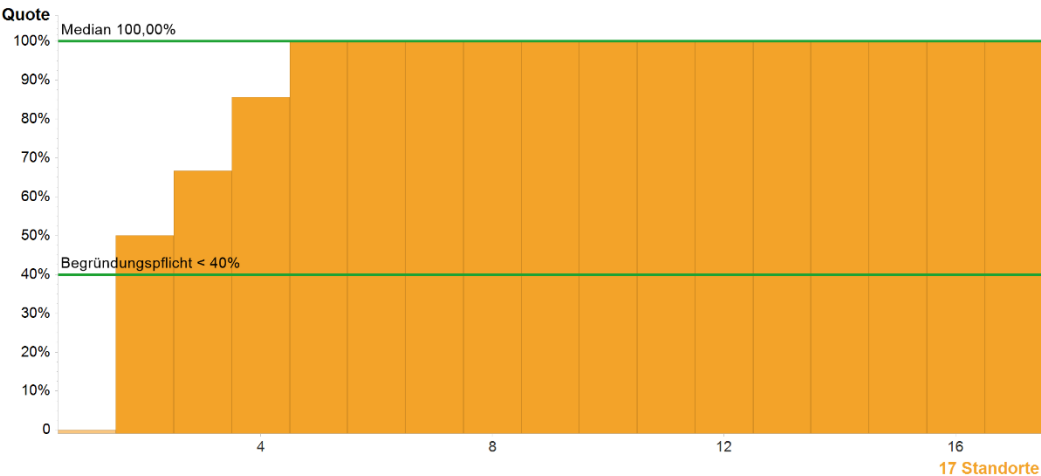
	2019	2020	2021	2022
Max	20,59%	23,53%	40,00%	23,08%
95. Perzentil	20,03%	21,27%	21,25%	18,18%
75. Perzentil	8,70%	8,88%	10,00%	12,00%
Median	5,00%	5,00%	6,67%	6,25%
25. Perzentil	2,11%	2,39%	5,56%	2,38%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	2,22%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
41	100,00%	29	70,73%

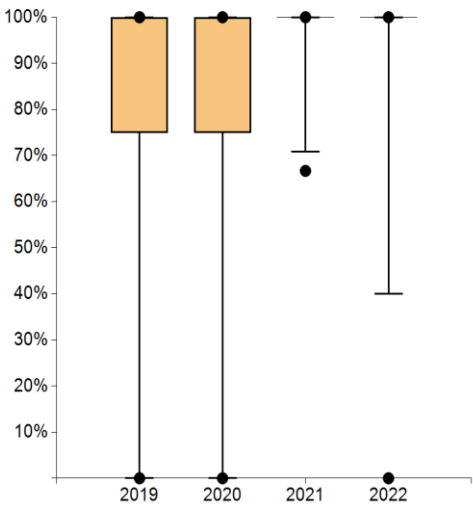
Anmerkungen:
Insgesamt zeigt sich eine leichte Verbesserung der Revisionsraten über die gesamte Spannweite der Werte. Dennoch verfehlten mehr Zentren als im Vorjahr die Sollvorgabe von < 10% (12 Zentren, Vorjahr 8). In 18 Fällen führte eine Anastomosensuffizienz, 8x Blutungen, 5x Perfusionsstörungen und 5x Pleuraempyeme zu einer Revision. Die übrigen Begründungen (Platzbauch, Trachealverletzungen, mesenteriale Ischämie und weitere) wurden nur vereinzelt genannt. Die Zentren reagierten mit M&M-Konferenzen und Anpassungen der OP-Prozesse. Abweichungen wurden durch die FE nicht 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.

14. Endoskopische R0-Resektion (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit endoskopischer R0-Resektion (nach Abschluss operative Therapie)	1*	0 - 6	29
Nenner	Operative Primärfälle mit HGIEN/HGD und ESD (Endoskopische Submukosadisektion OPS: 5-422.24)	1*	1 - 7	33
Quote	Begründungspflicht*** <40%	100%	0,00% - 100%	87,88%**



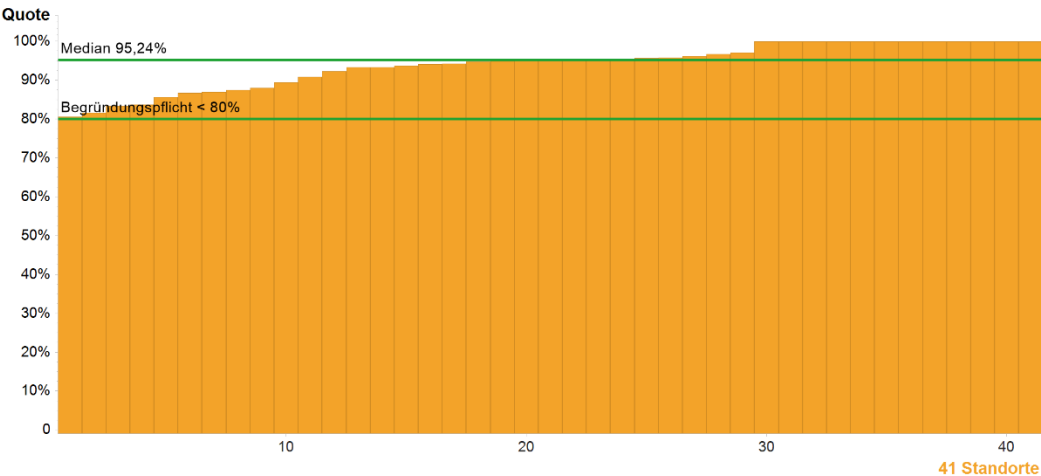
	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	75,00%	75,00%	100%	100%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	70,84%	40,00%
Min	0,00%	0,00%	66,67%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
17	41,46%	16	94,12%

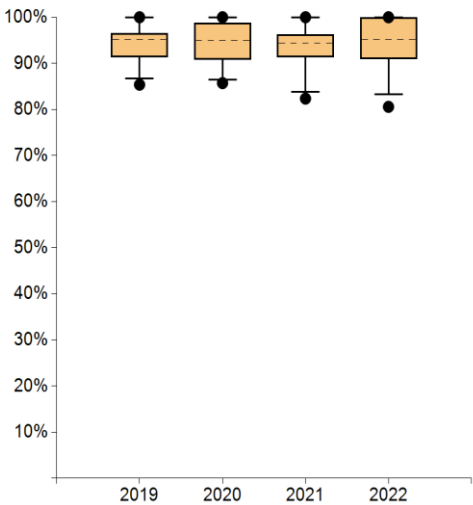
Anmerkungen:
Die Mehrzahl der Zentren (24) gab an, keine Fälle, die der Kennzahldefinition entsprechen im Jahr 2023 behandelt zu haben und werden somit in der Auswertung nicht berücksichtigt. Von 17 Zentren mit auswertbaren Daten lagen 16 innerhalb der Plausibilitätsgrenze. Lediglich 1 Zentrum (Vorjahr 0) mit 1 Fall im Nenner wurde begründungspflichtig aufgrund einer R1 Situation. Der Pat. wurde einer Operation zugeführt. Im Audit wurde die Begründung für plausibel erachtet. 13 von 17 Zentren erreichten eine R0 Resektionsrate von 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.
*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

15. Chirurgische R0-Resektion (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit chirurgischer R0-Resektion	22*	6 - 188	1116
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer OP (elektiv und Notfall)	23*	7 - 198	1192
Quote	Begründungspflicht*** <80%	95,24%	80,56% - 100%	93,62%**



		2019	2020	2021	2022
●	Max	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	96,51%	98,75%	96,30%	100%
	Median	95,23%	94,96%	94,44%	95,24%
	25. Perzentil	91,28%	90,84%	91,30%	90,91%
	5. Perzentil	86,77%	86,47%	83,82%	83,33%
●	Min	85,37%	85,71%	82,35%	80,56%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
41	100,00%	41	100,00%

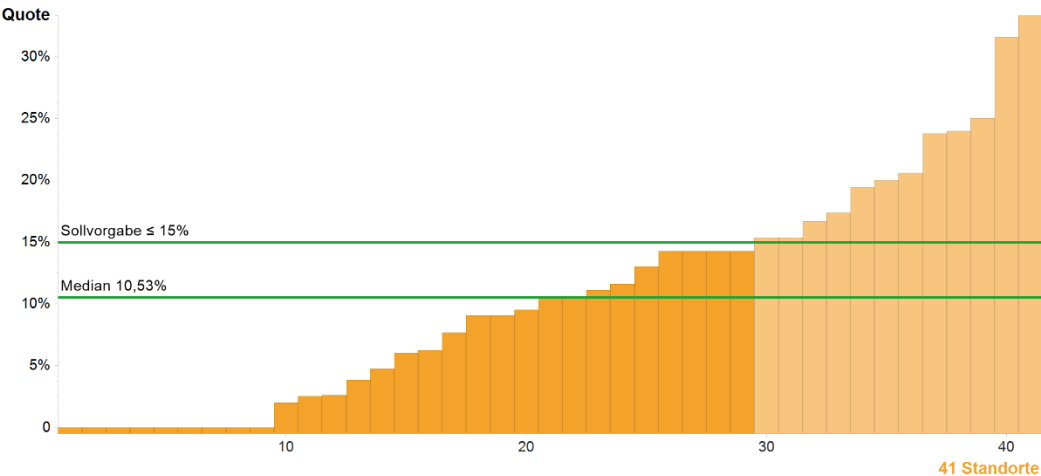
Anmerkungen:
Auch im aktuellen KeZa Jahr, wie bereits in den Jahren zuvor, fiel kein Zentrum unter die Begründungspflicht. 12 Zentren (Vorjahr 7) erreichten eine Quote von 100%. Median, Gesamtquote und auch obere und untere Perzentilenwerte bleiben weitestgehend konstant. 12 Zentren erreichten eine R0 Resektionsquote von 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.

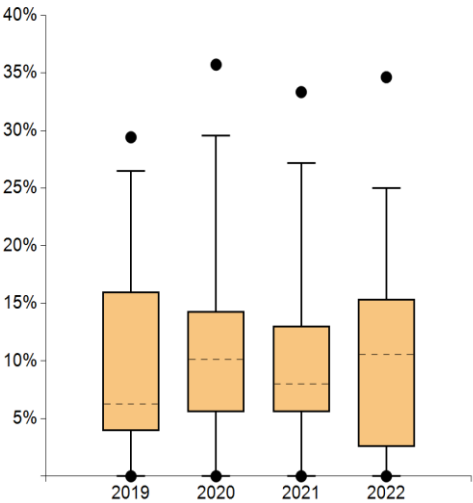
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

16. Anastomoseninsuffizienz (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Re-Intervention aufgrund einer Anastomoseninsuffizienz	2*	0 - 9	116
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	23*	7 - 198	1190
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	10,53%	0,00% - 34,62%	9,75%**



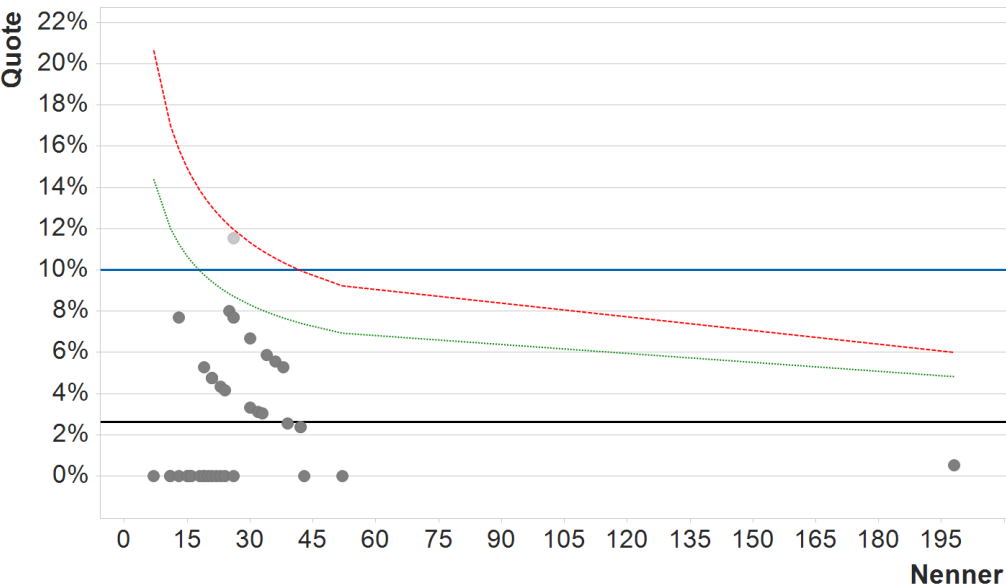
		2019	2020	2021	2022
●	Max	29,41%	35,71%	33,33%	34,62%
	95. Perzentil	26,47%	29,56%	27,17%	25,00%
	75. Perzentil	16,02%	14,29%	13,04%	15,38%
	Median	6,28%	10,14%	8,00%	10,53%
	25. Perzentil	3,92%	5,56%	5,56%	2,56%
	5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
●	Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
41	100,00%	29	70,73%

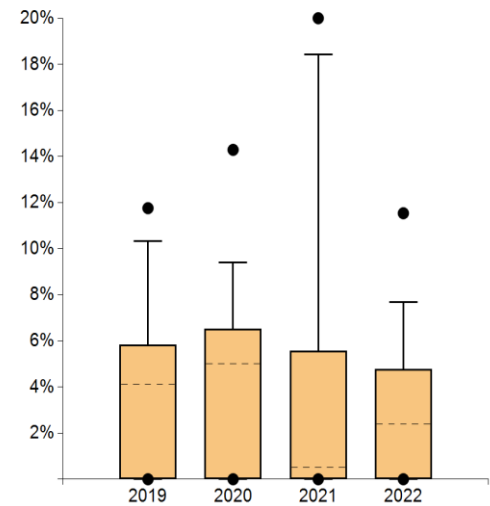
Anmerkungen:
Die Gesamtquote der Insuffizienzraten verhält sich konstant zum Vorjahr, allerdings steigen Median und obere Perzentilen leicht an. 12 Zentren überschritten die Sollvorgabe von 15% (70,7%, Vorjahr 78%). Ursachen für die Insuff. konnten von den Zentren nur vereinzelt identifiziert werden (Bestrahlung, Komorbiditäten, Vor-OPS, Stapler-Fehler, Umstellung der Op-Technik etc.). Die Kasuistiken wurden in den Audits aufgearbeitet und falls notwendig Anpassungen an den OP-Prozessen vorgenommen (z.B. ICG-Kontrolle, alternative Stapler-Systeme).

* 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)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die postoperativ innerhalb von 30d verstorben sind	1*	0 - 3	31
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	23*	7 - 198	1190
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	2,38%	0,00% - 11,54%	2,61%**



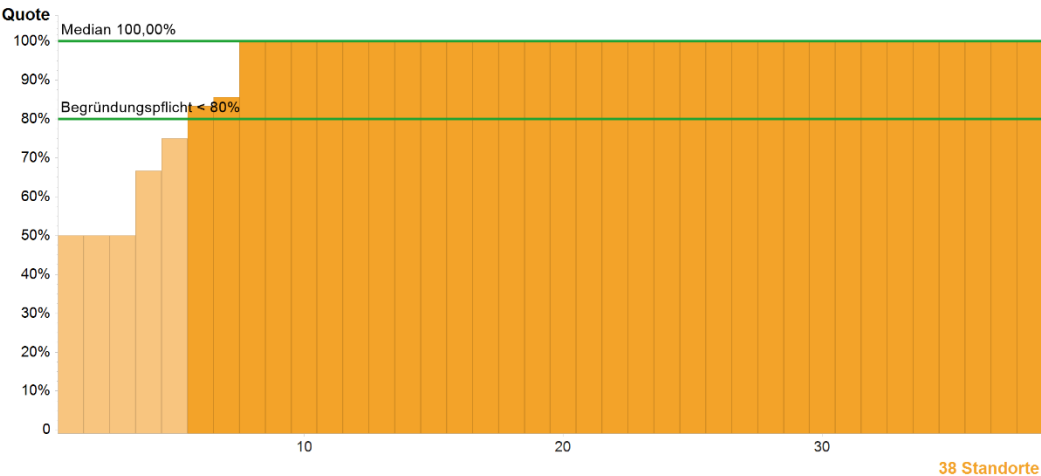
	2019	2020	2021	2022
Max	11,76%	14,29%	20,00%	11,54%
95. Perzentil	10,34%	9,39%	18,43%	7,69%
75. Perzentil	5,84%	6,51%	5,56%	4,76%
Median	4,10%	5,00%	0,50%	2,38%
25. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
41	100,00%	40	97,56%

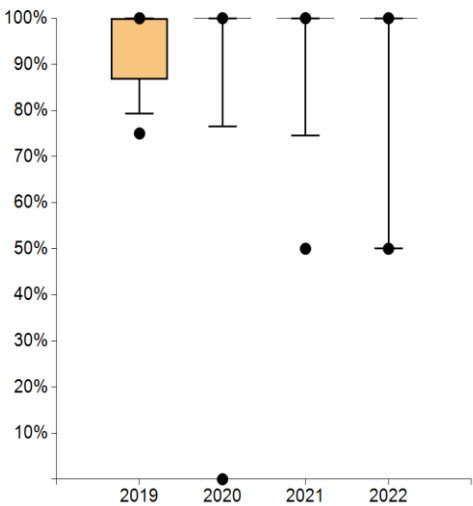
Anmerkungen:
Bei stabiler Gesamtquote im Vergleich zum Vorjahr ist der Median auf 2,3% angestiegen. Mit sinkenden Werten in den oberen Perzentilen und gleichzeitigem Anstieg der Erfüllungsquote auf 97,56% zeigt sich ein weiterhin positiver Trend dieser Kennzahl. Nur ein Zentrum hat die Sollvorgabe von ≤ 10% überschritten. Die Todesursachen lagen hauptsächlich in den Folgen von und Verläufen nach Anastomoseninsuffizienzen. Diese Fälle wurden im Audit eingehend besprochen. Insgesamt erreichten 19 Zentren eine Mortalitätsrate von 0%.

* 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 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit präoperativer Radiochemotherapie	2*	1 - 23	134
Nenner	Operative Primärfälle mit cT3/cT4-Plattenepithelkarzinom des Ösophagus und chirurgischer OP	3*	1 - 23	142
Quote	Begründungspflicht***	100%	50,00% - 100%	94,37%**



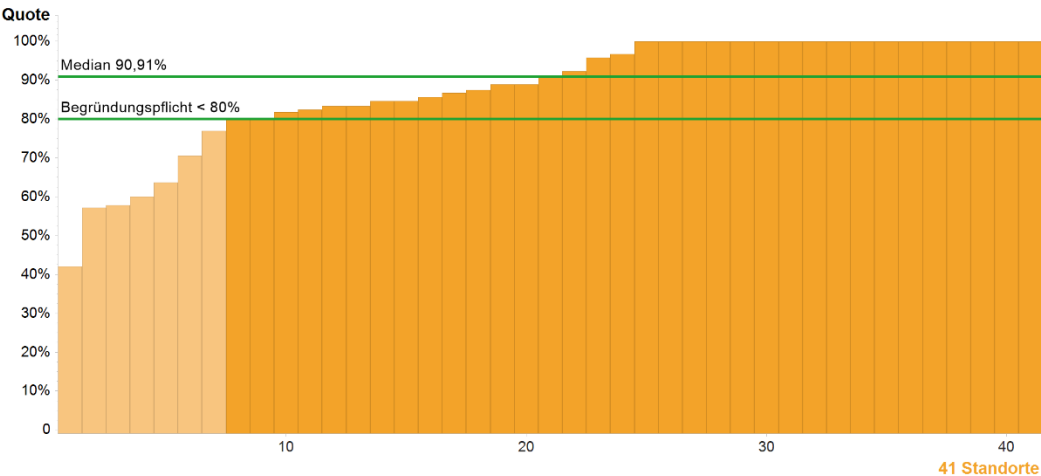
	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	86,68%	100%	100%	100%
5. Perzentil	79,25%	76,50%	74,56%	50,00%
Min	75,00%	0,00%	50,00%	50,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
38	92,68%	33	86,84%

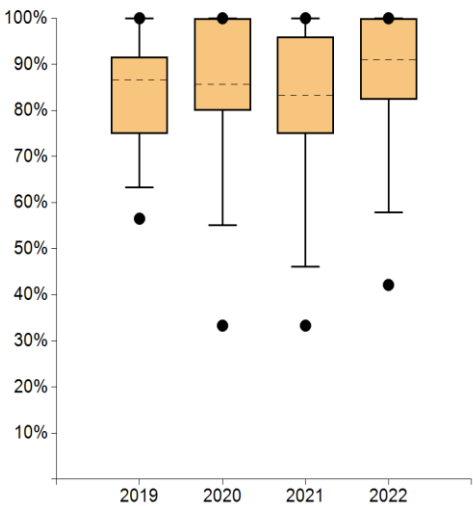
Anmerkungen:
Im aktuellen Betrachtungszeitraum führten 81,57% der Zentren (31) bei allen Patienten mit cT3/cT4 PeCa eine präoperative RCT durch. Lediglich 5 Zentren fielen unter die Begründungspflicht durch Einzelfälle mit Notfall-Operationen, auswärtig erfolgter Radio-Immuntherapie und komplexer Situation bei Zweitmalignomen. Insgesamt weisen die Zentren eine sehr geringe Pat.zahl im Nenner auf, so dass Einzelfälle bereits zur Begründungspflicht führen 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.
*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

19. Perioperative Chemotherapie oder präoperative Radiochemotherapie bei Adenokarzinom



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit prä- und postoperativer Chemotherapie oder präoperativer Radiochemotherapie	10*	2 - 51	478
Nenner	Operative Primärfälle mit cT3/cT4 Adenokarzinom des Ösophagus und chirurgischer OP	12*	2 - 121	606
Quote	Begründungspflicht*** <80%	90,91%	42,15% - 100%	78,88%**



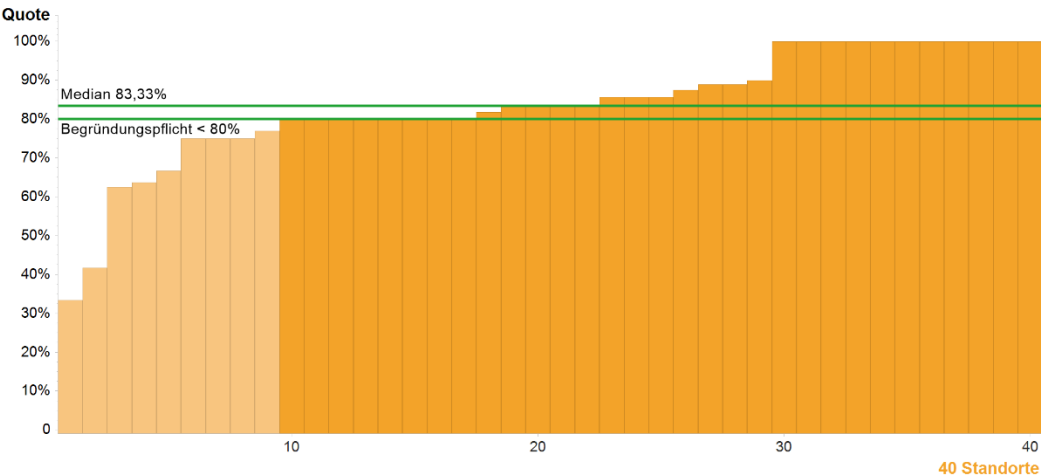
	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	91,67%	100%	96,00%	100%
Median	86,61%	85,71%	83,33%	90,91%
25. Perzentil	75,00%	80,00%	75,00%	82,35%
5. Perzentil	63,28%	55,12%	46,16%	57,89%
Min	56,52%	33,33%	33,33%	42,15%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
41	100,00%	34	82,93%

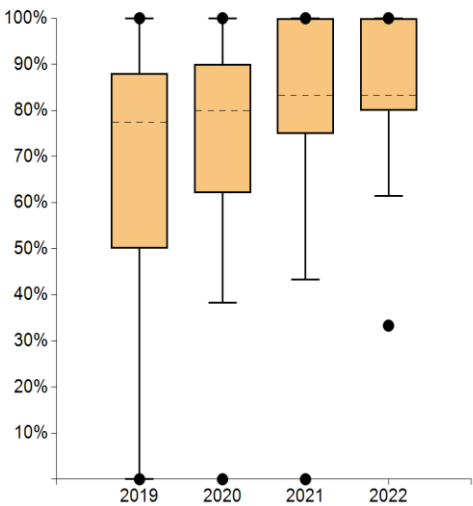
Anmerkungen:
Diese Kennzahl zeigt im akt. KeZa Jahr eine positive Entwicklung. 82,9% der Zentren (Vorjahr 72,1%) führten bei > 80% der Pat. mit Adeno-Ca eine perioperative Chemotherapie oder präoperative RCT durch. 7 Zentren (Vorjahr 11) unterschritten die Vorgabe von 80%. Häufigster Grund war die postoperativ fehlende Komplettierung der perioperativen Chemotherapie aufgrund eines reduzierten AZ der Pat. (6 Nennungen). 3x gaben die Zentren die Empfehlung zur Adjuvant, konnten jedoch nicht nachvollziehen, ob diese extern durchgeführt wurde. Weitere Gründe waren Versterben oder Ablehnung der Pat. (je 2 Zentren) und zum Zeitpunkt der Auswertung geplante, aber noch nicht begonnene Adjuvant (2x). Es ergaben sich in der Einzelfallanalyse keine systematischen Fehler.

* 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 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit systemischer Chemotherapie (Erstlinie)	5*	1 - 12	223
Nenner	Primärfälle mit metastasiertem Adenokarzinom des Ösophagus	6*	3 - 14	273
Quote	Begründungspflicht*** <80%	83,33%	33,33% - 100%	81,68%**



	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	88,06%	90,00%	100%	100%
Median	77,50%	80,00%	83,33%	83,33%
25. Perzentil	50,00%	62,15%	75,00%	80,00%
5. Perzentil	0,00%	38,33%	43,33%	61,46%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
40	97,56%	31	77,50%

Anmerkungen:
Der Erfüllungsgrad dieses LL-QIs verhält sich weitestgehend unverändert zum Vorjahr (Gesamtquote Vorjahr 81,9%). 9 Zentren (Vorjahr 12) wurden begründungspflichtig. Genannte Gründe waren: frühzeitig verstorbene Pat. (7x), Entscheidung zur BSC (4x) und die Ablehnung durch die Pat. (4x). Es ließen sich somit keine Maßnahmen ableiten.

* 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 Viszeralonkologische Zentren / Speiseröhrenkrebszentren
Julia Mayerle, Vorsitzende Zertifizierungskommission
Christoph Reißfelder, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Manije Sabet-Rashedi, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Martin Utzig, 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

Version e-A1-de; Stand 09.09.2024

ISBN: 978-3-910336-47-6

